

**LES DÉTERMINANTS DE LA PERSÉVÉRANCE DES CLIENTS
DANS LES TRAITEMENTS DE RÉADAPTATION POUR
L'ALCOOLISME ET LA TOXICOMANIE : UNE APPROCHE
MULTIDIMENSIONNELLE**

Rapport d'une recherche subventionnée par
le Conseil québécois de la recherche sociale
(# RS 2308-093)

**Jacques Bergeron
Michel Landry
Serge Brochu
Louis-Georges Cournoyer**

Mars 1997

Cette recherche a bénéficié d'une subvention d'équipe du Conseil québécois de la recherche sociale.

Cette édition a été produite par le RISQ

coordination de l'Édition :

Louise Guyon

collaboration à l'édition :

Marcelle Demers

Le lecteur qui désire un supplément d'information sur le RISQ pourra s'adresser au:

RISQ

950, rue Louvain

Montréal (Québec) H2M 2E8

téléphone : (514) 385-3490 poste 1133

télécopieur : (514) 385-5728

C. elec. : demersm@tornade.ere.umontreal.ca

Les commentaires ou demandes de renseignements sur la présente publication peuvent être adressés directement aux auteurs :

Jacques Bergeron (514) 343-5811

Michel Landry (514) 385-3450 poste 1135

Serge Brochu (514) 343-6536

Louis-Georges Cournoyer (514) 343-6111 poste 3666

Dépôt légal,

Bibliothèque nationale du Québec, 1997

ISBN 2-9805490-0-2

Notes sur les auteurs

Jacques Bergeron, Ph.D., est professeur agrégé au département de psychologie de l'Université de Montréal, chercheur principal au RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec) et directeur du Laboratoire de simulation de conduite de l'Université de Montréal.

Michel Landry, D.Ps., est le Directeur des services professionnels du Centre Dollard Cormier. Il est aussi chercheur principal et directeur du RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec).

Serge Brochu, D.Ps., est professeur titulaire au département de criminologie de l'Université de Montréal, chercheur principal au RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec) et directeur du Centre international de criminologie comparée de l'Université de Montréal.

Louis-Georges Cournoyer, Ph.D., était chercheur post-doctoral subventionné par le Conseil québécois de la recherche sociale au département de psychiatrie de l'Université McGill au moment de la réalisation de cette recherche. Il est présentement chercheur post-doctoral au Centre international de criminologie comparée de l'Université de Montréal.

AVANT-PROPOS

Ce document : *Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie : une approche multidimensionnelle* a été produit dans le cadre des travaux du RISQ. Il fait partie d'un ensemble de publications formant la série LES CAHIERS DE RECHERCHE du RISQ dont l'objectif est d'assurer la diffusion des résultats des études qui y sont menées. Ces cahiers s'adressent aux intervenants, aux planificateurs, aux chercheurs et aux étudiants intéressés par le champ de la recherche sur les substances psychoactives. Les auteurs sont les membres du RISQ : chercheurs, intervenants, collaborateurs, agents de recherche étudiants et stagiaires. Chaque texte est soumis à l'approbation de lecteurs choisis parmi les membres de l'équipe ou de la communauté scientifique.

SOMMAIRE

L'abandon des demandes d'aide psychologique constitue un des plus graves problèmes du système de distribution de soins en santé mentale. Cet état de fait, dans une certaine mesure, remet en question l'efficacité des traitements offerts par les institutions chargées de les prodiguer. Or, plusieurs études ont démontré que l'alcoolisme et la toxicomanie sont deux des caractéristiques des clients qui, quel que soit le type de service prodigué, sont le plus susceptibles d'abandonner une demande d'aide. L'importance de cette manifestation est amplifiée par le constat que l'efficacité des traitements de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie est directement reliée à la durée de temps pendant laquelle le client adhère à la thérapie. Une pléiade de recherches ont été effectuées dans le but de mieux comprendre ce type d'attrition. Néanmoins, l'interprétation de l'ensemble des résultats de ces études ne permet pas d'arriver à des conclusions fermes, et bien qu'un certain nombre de variables pertinentes aient pu être identifiées, la principale critique qui peut leur être adressée porte sur l'absence de modèles théoriques et intégratifs dans l'étude de ce phénomène. Des ambiguïtés relatives à la définition de ce qu'est un abandon de traitement ont aussi été mises en lumière. En fait, il apparaît de plus en plus évident que l'abandon des traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et les autres toxicomanies est un phénomène multidimensionnel. Le but de la présente recherche est d'étudier l'abandon des services de réadaptation pour l'alcoolisme et les autres toxicomanies tant en regard des variables qui caractérisent les clients, qu'en fonction de variables relatives au traitement et à la relation qui s'établit avec l'intervenant, qu'en fonction de variables relatives à leur environnement.

L'ensemble des clients qui ont fait une demande d'aide à Domrémy-Montréal entre juin 1994 et septembre 1995 ont été sollicités afin de participer à la recherche. Près de 80% des clients contactés ont accepté de participer à la recherche. L'échantillon final de la présente recherche est constitué de 851 clients, soit 250 femmes (29,4%) et 601 hommes (70,6%) âgés entre 18 et 77 ans. Les principales substances problèmes qui ont motivé leur consultation sont les suivantes : alcool seule (33,3%), une ou l'autre des principales drogues illégales (16,1% : héroïne, 0,6% ; cocaïne, 12,4% ; cannabis, 3,1%), combinaison drogue-alcool (39,8%) et combinaison de plusieurs drogues à l'exclusion de l'alcool (9,5%). Environ 80% des clients rencontrés ont une cote de détresse psychologique supérieure au 5ième quintile le plus élevé de la population québécoise tel qu'évalué dans l'enquête Santé-Québec 1987 (Guyon & Levasseur, 1991).

Les clients ont été suivis tout au long de leur processus de traitement. Ils ont complété des

instruments de mesure à quatre moments différents : avant l'entrée en traitement, dans le milieu de la première phase de traitement, au début de la deuxième phase de traitement et finalement une fois leur traitement terminé. Il a ainsi été possible de prédire l'abandon des différentes phases du traitement à l'aide de mesures prises avant et en cours de traitement. Un changement est survenu dans la programmation clinique de Domrémy-Montréal au milieu de la période d'expérimentation. La structure du programme clinique a été adaptée aux doubles problématiques présentes chez les clients (Toxicomanie/Santé mentale, Toxicomanie/ Justice et Toxicomanie/Troubles sociaux). Bien qu'on ne puisse être certain de l'impact de ces changements, il a été possible de cibler certains d'entre eux et de les contrôler dans les analyses statistiques.

Un questionnaire de fin de traitement a mené à une définition plus nuancée de l'abandon. Il a été ainsi possible de documenter les raisons d'abandon de près de 68,3% des clients. Ce faisant il a été possible d'éliminer de l'échantillon les cas qui ont mis fin à leur traitement pour des raisons hors de leur contrôle. De plus, l'utilisation des analyses de régression de survie a permis d'étudier l'abandon en cours de thérapie individuelle d'une façon plus juste qui tient compte des recommandations les plus récentes dans la littérature scientifique relativement à l'étude de ce phénomène.

Les résultats mettent en valeur le caractère multidimensionnel de la présente étude dans la mesure où différents types de variables ont permis de prédire l'abandon à différents moments. Ainsi, les variables reliées à l'étude du processus psychothérapeutique ont primé dans la prédiction de l'abandon dans la phase de thérapie individuelle. Les variables issues de modèles théoriques traitant de la prédiction des comportements et de la motivation ont eu un impact déterminant relativement à l'engagement dans cette phase de traitement. Il en va de même pour les mesures évaluant l'intensité de la détresse psychologique vécue par le client qui peuvent traduire en quelque sorte une notion de besoin de thérapie individuelle. Le soutien social influencerait plutôt l'entrée en traitement, alors que le soutien spécifique à la démarche de réadaptation serait encore plus déterminant à cet effet.

LE RISQ

Le RISQ est un groupe de recherche multidisciplinaire qui a mis sur pied un programme d'études et de travaux intégrés dans le domaine de la réadaptation en toxicomanie. Créé en 1991, dans le cadre du programme de développement d'équipe en recherche sociale du CQRS, le groupe s'est donné comme objectif central de:

"aider les milieux concernés à mieux comprendre la trajectoire des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir et développer des stratégies d'intervention plus efficaces à leur intention."

Le programme de recherche du RISQ, qui est à son deuxième mandat, s'actualise à travers quatre axes principaux qui prévoient :

- ° approfondir la connaissance de la population-cible et de son milieu social;

- comprendre la trajectoire des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir;
- améliorer l'efficacité des interventions auprès des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir;
- développer de l'instrumentation et explorer des méthodes de recherche adaptées aux besoins des milieux d'intervention.

Logé au Centre Dollard Cormier lequel assure la gestion financière de la subvention d'équipe, le RISQ réunit des chercheurs des milieux universitaires et du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que leurs partenaires, les centres publics de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes.

Outre les Cahiers de Recherche, le RISQ produit une série de Cahiers Techniques qui sont des documents d'appoint et de référence. Enfin, un bulletin d'information, le RISQ-INFO, est distribué sur une base bi-annuelle.

Michel Landry, directeur

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement les nombreuses personnes qui ont collaboré à l'étude décrite dans ce rapport. Tout particulièrement ils veulent souligner la précieuse contribution des personnes suivantes :

Geneviève Provost, qui a coordonné le travail des agents de recherche auprès des sujets de l'étude et assuré les liens, au jour le jour, entre les chercheurs, les agents de recherche et les intervenants du Centre de réadaptation Domrémey-Montréal ;

L'équipe de direction, les coordonnateurs de module, les cliniciens et intervenants, et les autres membres du personnel du Centre de réadaptation Domrémey-Montréal qui nous ont offert une collaboration soutenue tout au long de l'étude ;

Les agents de recherche, qui ont recruté les sujets de l'étude auprès de la clientèle de Domrémey-Montréal, leur ont fait passer les questionnaires de recherche, et ont assuré le suivi : Sophie Alarie, Christian Comeau, Solange Major, Suzanne Marcotte, Natalie Paré, Stéphane Racine, Pascal Schneeberger et Hélène Simoneau ;

L'équipe de programmation et saisie des données : Martine Barrette, Mylène Arjane, François Chiocchio, Christian Deschênes, Lyne Desjardins, Luc Michaud, François Perraton, Caroline Savard, Nathalie Schmidt, Nadine Tremblay et Cynthia Turcotte.

Les autres membres du RISQ (Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec) et notamment Louise Guyon et Marcelle Demers.

Enfin les auteurs tiennent à remercier de façon particulière Ghislaine Binette pour son soutien et son dévouement constant pendant toute la durée de l'étude.

Table des matières

Liste des tableaux et figures

Chapitre 1

Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie: une approche multidimensionnelle

Pertinence de la recherche

La politique de la santé et du bien-être

Le rapport intitulé « La politique de santé et du bien-être » publié en 1992 par le Ministère de la Santé et des Services sociaux note l'ampleur des problèmes reliés à l'alcoolisme et à l'usage abusif des substances psychoactives. L'alcoolisme se retrouve ainsi parmi les quatre principales causes d'invalidité ou de mortalité. L'espérance de vie de la personne alcoolique est réduite de douze à quinze ans. L'étiologie relative à ce problème est complexe et comporte autant des facteurs physiques et psychologiques que sociaux. Malgré l'évolution des connaissances sur les différents aspects de la toxicomanie et de l'alcoolisme, le phénomène est loin d'être circonscrit. La voie d'action prioritaire du Ministère relativement à la recherche dans ce domaine stipule qu'il faut « promouvoir la recherche sur les caractéristiques des consommateurs et sur l'efficacité des interventions (...) ».

Ampleur du problème que constitue le rejet de l'aide professionnelle en santé mentale

Le rejet de l'aide professionnelle constitue un des plus graves problèmes du système de distribution de soins en santé mentale. Ce phénomène se manifeste dans des proportions inquiétantes. Ainsi, Baekeland et Lundwall (1975) estiment dans une revue des écrits que le pourcentage moyen de décrocheurs dans les cliniques externes de santé mentale oscille entre 20% et 57%. Garfield (1986) et Pekarik (1985), dans une mise à jour de la littérature dans ce domaine, indiquent que de 25% à 50% des individus qui présentent une demande d'aide pour une question de santé mentale ne se présentent jamais à leur premier rendez-vous, que 23% des personnes qui se présentent à une première rencontre abandonnent après celle-ci et que 69% des gens qui s'engagent en psychothérapie abandonnent avant la dixième rencontre. Ces pourcentages se retrouvent autant dans des cliniques prestigieuses, que dans des centres communautaires de santé mentale, qu'en clinique externe de psychiatrie ou en pratique privée (Garfield, 1986).

L'abandon des traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et les autres toxicomanies.

Ce phénomène atteint des proportions encore plus inquiétantes lorsqu'il est question de traitement de réadaptation de l'alcoolisme¹ et des autres toxicomanies. Les travaux de Baekeland et Lundwall (1975) montrent ici des taux d'abandon de 52% à 75% avant la quatrième rencontre ! Une étude récente (Laflamme-Cusson & Moisan, 1993) commandée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux fait ressortir des statistiques semblables au Québec ; ainsi, 25% des clients abandonnent leur demande d'aide après l'entrevue d'évaluation, 50% poursuivent pendant plus de quatre semaines et seulement 15% persistent plus de 6 mois. Les résultats d'une étude conduite à Domrémy-Montréal par Brochu, Landry et Bergeron (1995) des taux d'abandon cumulatifs semblables en fonction des différentes phases de traitement offert dans cette institution : 17% des clients abandonnent leur demande d'aide après l'entrevue d'évaluation, 45% abandonnent avant la deuxième phase de traitement et seulement 12% persistent au delà de six mois

¹ Dans la suite du texte, le terme toxicomanie désignera toute forme de dépendance aux substances psychoactives, y compris l'alcoolisme.

après le début de la deuxième phase de traitement.

Relation entre la persévérance en traitement et l'efficacité des traitements

Les hauts pourcentages d'abandon remettent en question l'efficacité des traitements offerts par les institutions chargées de prodiguer ce type de soins psychothérapeutiques. En effet plusieurs études suggèrent que l'efficacité des traitements de réadaptation en toxicomanie est reliée à la persévérance des clients en traitement (Baekeland & Lundwall, 1975 ; DeLeon, 1985 ; Simpson, Savage & Lloyd, 1979 ; Simpson, 1979 ; Sells & Simpson, 1980 ; Wilson & Mandelbrote, 1978). Les deux plus importantes études traitant de l'efficacité des interventions dans le contexte de la réadaptation en toxicomanie indiquent qu'un nombre minimum de rencontres est nécessaire pour qu'un traitement soit efficace. Ainsi, les résultats observés dans le cadre du projet Rand (Armor, Polich & Standbul, 1978 ; Polich, Armor & Braiker, 1980) indiquent que 20 jours de traitement en interne et 15 rencontres en externe peuvent être considérés comme un seuil minimal d'efficacité. Le projet DARP (Simpson, 1979, 1981 ; Simpson & Sells, 1982) mentionne des seuils de 90 jours avec un accroissement d'efficacité à 180 et 300 jours.

Répercussions de ce problème sur l'organisation des services

Au delà des statistiques, il faut ajouter que ce fort taux d'attrition se répercute directement sur l'accessibilité, le coût et l'efficacité des services. En effet, la plupart des cas d'abandon mettent fin au traitement en ne se présentant pas à un rendez-vous fixé préalablement. Ainsi, le temps prévu ne peut être consacré à un autre usager désireux de recevoir des services, ce qui augmente la longueur de la période d'attente. De même, les implications financières d'un fort taux d'attrition ne peuvent être négligées : (a) le salaire du personnel cléricale et clinique ne peut être récupéré ; (b) la réputation de la clinique peut s'en trouver entachée, ce qui peut diminuer le taux de fréquentation et réduire le montant des subsides accordés par les diverses instances gouvernementales impliquées ; et, (c) le rapport coût/efficacité des services dispensés affiche un bilan nettement moins positif (Sabourin, Gendreau & Frenette, 1987). Enfin, les répercussions cliniques de l'abandon prématuré du traitement seraient potentiellement négatives pour les clients. Il s'agit là d'une croyance répandue parmi les professionnels de la santé mentale (Garfield, 1978), croyance qui s'appuie sur quelques recherches empiriques démontrant une augmentation du degré de détresse psychologique des individus qui cessent le traitement après une ou deux visites (Gottschalk, Mayerson & Gottlieb, 1967 ; Pekarik, 1983 ; Pekarik, 1990). Les conséquences négatives reliées à l'abandon pour les clients qui quittent de façon tardive sont cependant moins importantes (Pekarik, 1990).

La recension des écrits sur le phénomène de l'abandon met donc en évidence l'importance d'identifier les facteurs qui sont responsables de ce problème afin d'influencer ce processus et d'augmenter la persévérance en traitement de la clientèle toxicomane. Cet état de fait est renforcé par la relation identifiée entre la persévérance en traitement et l'efficacité des traitements dans les recherches antérieures.

Les déterminants de la persévérance en traitement

La présente recherche se propose d'identifier les facteurs spécifiques qui favorisent la persévérance en traitement des clients qui font une demande d'aide auprès des centres de réadaptation en toxicomanie. Le schème expérimental proposé a été construit autant à la lumière des recherches portant sur la persévérance des clients dans les services offerts en santé mentale, qu'à partir des études se rapportant plus spécifiquement à la persévérance des clients dans les traitements offerts en toxicomanie. Avant de présenter les modèles théoriques sur lesquels s'appuie l'étude que nous avons réalisée, ainsi que des

nuances importantes relatives à la définition de ce qu'est un abandon de traitement, il importe de présenter un résumé des résultats obtenus dans les études antérieures.

Les facteurs déterminant le rejet de l'aide professionnelle : recension des écrits

La littérature expérimentale déborde d'études sur le phénomène des décrocheurs tant dans les services de santé mentale que dans les traitements de réadaptation en toxicomanie (Baekeland & Lundwall, 1975 ; Garfield, 1978, 1986 ; Pekarik, 1985a). Ainsi, dès 1975, Baekeland et Lundwall dénombrèrent 362 études sur ces questions. Plus récemment, à partir d'une recherche bibliographique informatisée, Pérusse et Sabourin (1987) rapportaient qu'entre 1975 et 1987, 325 nouvelles études avaient été publiées. Notre recension des écrits démontre que depuis 1987 plus de 200 nouveaux articles ont été publiés. Il va sans dire que cette littérature complexe et variée se prête difficilement à la classification. Néanmoins, l'étude des prédicteurs de l'abandon du traitement peut être divisée en trois grands secteurs : (a) l'examen des facteurs sociodémographiques ; (b) l'identification des caractéristiques psychologiques des usagers avant le traitement ; et, (c) l'analyse des facteurs reliés aux conditions du traitement.

a) L'examen des facteurs sociodémographiques

Jusqu'à présent, la majorité des chercheurs ont tenté de relier l'abandon à des caractéristiques socio-démographiques des individus qui se présentent en traitement ou à des éléments de leur profil biopsychosocial, incluant le profil de consommation (Garfield, 1978, 1986 ; Luongo, Lent, Brown, 1992 ; Craig, 1985). La plupart de ces études se sont révélées plutôt décevantes et ne fournissent guère d'informations pertinentes au niveau clinique qui pourraient augmenter le taux de rétention des clients (Craig, 1985). Bien que les résultats de la majorité des études apparaissent peu concluants, il est néanmoins possible de tracer un portrait général des différentes variables les plus étudiées.

L'âge - Les études, de façon générale, ne rapportent pas de relation entre l'âge et la persévérance en traitement (Addenbrooke et al., 1990 ; Agosti et al., 1991 ; Allan, 1987 ; Bennet & Rigby, 1991 ; Chan et al., 1986 ; Craig, 1984 ; Craig & Olson, 1988 ; Craig et al., 1982 ; Heisler et al., 1982 ; Powell et al., 1987 ; Rees, 1985 ; Stark & Campbell, 1988 ; Steinglass et al., 1980 ; Velleman, 1984 ; Williams & Roberts, 1991). Quelques études indiquent que les sujets plus jeunes persèverent moins longtemps que les plus âgés (Beck et al., 1983 ; Brizer et al., 1990 ; Leigh et al., 1984 ; Roffe, 1981 ; Welte et al., 1981).

Le sexe - La plupart des études ne rapportent pas de différence reliée au sexe dans la poursuite en traitement (Allan, 1987 ; Beck et al., 1983 ; Feigelman, 1987 ; Heisler et al., 1982 ; Stark & Campbell, 1988 ; Welte et al., 1981). Néanmoins, certaines études parmi les plus récentes indiquent que les femmes ont un taux d'abandon moins élevé que les hommes (Agosti et al., 1991 ; Rees, 1985). Sur ce, Marsh et Miller (1985) indiquent que l'apport de services destinés plus spécifiquement aux femmes tel un service de garderie peut augmenter leur persévérance. Des groupes de thérapie exclusifs aux femmes peuvent aussi avoir un effet semblable (Brewer et al., 1990), tendance qui semble émerger depuis quelques années. Les facteurs déterminants seraient donc les conditions reliées au traitement plutôt que le sexe.

Le statut civil - Le statut civil ne semble pas être un bon prédicteur de la persévérance (Addenbrooke & Rathod, 1990 ; Agosti et al., 1991 ; Allan, 1987 ; Beck et al., 1983 ; Brizer et al., 1990 ; Craig et al., 1982 ; Leigh et al., 1984 ; Powell et al., 1987). Par contre, le fait d'avoir des personnes dépendantes et de ne pas vivre seul est selon d'autres études un bon pronostic de la persévérance (Chan et al., 1986 ; Roffe, 1981 ; Leigh et al., 1984).

Le statut d'emploi - La grande majorité des études s'entendent pour dire que le statut d'emploi n'est pas un bon prédicteur de la persévérance en traitement (Addenbrooke & Rathod, 1990 ; Agosti et al., 1991 ; Allan, 1987 ; Beck et al., 1983 ; Brizer et al., 1990 ; Craig et al., 1982 ; Leigh et al., 1984 ; Powell et al., 1987 ; Stark et al., 1988 ; Rees, 1985). Cependant, une étude récente réalisée à Domrémy-Montréal a permis d'identifier une relation entre cette variable et la persévérance en traitement (Bergeron, Marcil & Laflamme-Cusson, 1996).

Les antécédents de traitement - La plupart des auteurs indiquent que les antécédents de traitement ne sont pas de bon prédicteurs de la persévérance (Addenbrooke et al., 1990 ; Agosti et al., 1991 ; Allan, 1987 ; Beck et al. 1983 ; Brizer et al., 1990 ; Craig et al., 1982). Cependant une étude arrive à des résultats inverses en ajoutant que des arrestations préalables reliées à des problèmes d'alcool augmente les chances d'abandonner le traitement (Leigh et al., 1984).

Les résultats présentés précédemment n'épuisent évidemment pas le nombre des variables sociodémographiques étudiés en contexte de réadaptation pour des troubles de toxicomanie mais couvrent les plus importantes d'entre elles. Par ailleurs, les études faites en contexte psychothérapeutique n'obtiennent pas non plus de résultats concluants concernant ce type de variables (Mennicke, Lent & Burgoyne, 1988).

(b) L'identification des caractéristiques psychologiques

Compte tenu du peu de résultats consistants obtenus dans les recherches précédentes, il est apparu important d'étudier les facteurs psychologiques présents avant le début de la période de consultation qui pourraient précipiter la décision des usagers de mettre fin au traitement (Garfield, 1986 ; Luborsky, 1971 ; Pekarik, 1985a). Les recherches portent ici sur des variables telles que la détresse psychologique, le diagnostic et le degré de motivation de l'usager.

Les résultats de ces études démontrent que l'ampleur du lien entre le type de diagnostic psychiatrique, la nature des problèmes de l'usager et l'abandon du traitement est complexe. Cependant certaines études indiquent que les sujets ayant un diagnostic de trouble de la personnalité sont plus susceptibles d'abandonner (Beck et al., 1983).

Le niveau de dépendance à l'alcool ne semble pas être un prédicteur fiable de la persévérance (Weltes et al., 1981). Par contre, quelques chercheurs indiquent que les clients qui ont un score faible aux échelles de dépendance abandonnent plus rapidement (Leigh et al. 1984). Williams et Roberts (1991) signalent que les sujets qui abusent de cocaïne ont un taux d'abandon plus élevé que ceux qui abusent d'un autre type de substance en conjonction avec l'alcool. Quant à ce qui a trait à la polytoxicomanie, les différentes études obtiennent des résultats contradictoires (Kleinman et al., 1992 ; Leigh et al., 1984 ; Addenbrooke et al., 1990).

La présence de dépression apparaît être un prédicteur de la persévérance dans plusieurs études (Agosti et al., 1991 ; Williams et al., 1991 ; MacMurray et al., 1987) alors que dans d'autres ce type de relation n'a pas été observé (Bennet et al., 1991 ; Kleinman et al., 1992). Les clients qui abandonnent plus rapidement semblent manifester plus d'agressivité et avoir de moins grands besoins d'affiliation (Craig & Olson, 1988). Certains chercheurs observent un lien entre la présence d'anxiété et la persévérance en traitement (Wilson & Whelan, 1983). Il appert en fait que la conscience chez le client de la présence de

symptômes de détresse psychologique est un indice de son désir de changer sa situation et influe en ce sens sur la persévérance en traitement (Craig & Olson, 1988). Les recherches faites en contexte psychothérapeutique observent des résultats similaires (Hoffman, 1985).

Certaines variables ont souvent été citées comme explicatives de l'engagement dans le traitement. Ainsi l'abandon du traitement serait associé inversement à la motivation du patient (Longo et al. 1992 ; Frayn, 1992 ; Beckman & Bardsley, 1986). Par contre, les recherches utilisent différentes définitions dans l'opérationnalisation de ce construit psychologique (Longo et al. 1992). Certaines recherches ont recours à des instruments dont les qualités psychométriques ne sont pas rapportées (DeLeon & Jainchill, 1986), alors que d'autres évaluent la motivation par le biais d'une entrevue (Gossop, 1978) ou par une échelle à un item cotée par le thérapeute (Frayn, 1992). À notre connaissance, aucune étude n'a fait de comparaison systématique des évaluations faites par le thérapeute et le client dans l'étude de l'abandon. Le soutien social perçu et la propension à utiliser des construits psychologiques seraient aussi de bon prédicteurs de l'abandon (Baekeland & Lundwall, 1975, Marcus, 1984 ; Beckman & Bardsley, 1986).

(c) L'analyse des facteurs reliés aux conditions du traitement

Cette dernière catégorie de recherche touche divers facteurs tels que l'adéquation entre les attentes de l'usager et du professionnel, la nature de l'alliance thérapeutique et le degré de satisfaction de l'usager vis-à-vis des services offerts. Ces types de facteurs sont rarement étudiés dans le domaine de la toxicomanie bien qu'ils soient très souvent cités comme étant importants. Quelques études portant sur ces facteurs sont cependant révélatrices. Ainsi, suite à une étude sur les caractéristiques de différents centres de traitement tels que perçus par les usagers, Bell (1985) conclut que les centres ayant les plus hauts taux d'abandon sont perçus comme favorisant moins l'engagement, la spontanéité et l'orientation pratique, et comme offrant moins de support et étant moins orientés vers la résolution des problèmes personnels. Keso et Salspuro (1990) obtiennent des résultats similaires. Craig (1985) rapporte que les taux d'abandon d'un centre de traitement ont diminué à partir du moment où les thérapeutes ont fait de l'abandon de leur client un enjeu personnel et lorsqu'ils se sont mis à faire signer à ces derniers des contrats les engageant à les rencontrer avant de quitter le traitement. D'autres études ont porté sur le délai avant le traitement (Leigh et al., 1984 ; Stark et al., 1990) et indiquent qu'un délai qui dépasse 14 jours augmente les taux d'abandon.

Dans le domaine plus général de la psychothérapie, ces variables ont été étudiées plus en profondeur. De ces études se dégagent un certain nombre de conclusions. Ainsi, la présence de divergences entre les attentes de l'usager et celles du professionnel (spécialement les attentes liées à la durée du traitement) permet de prédire l'abandon du traitement (Garfield & Wolpin, 1963 ; Garfield, 1986). La nature de la relation entre l'usager et le professionnel est associée à l'abandon du traitement (Kokotovic et al., 1987 ; McNeill et al., 1987 ; Tracey, 1987). Ainsi, plus les deux parties s'entendent sur les objectifs à poursuivre et les tâches à entreprendre, plus la probabilité d'abandon diminue (Betz et al., 1979 ; Epperson, 1981 ; Krauskopf et al., 1981 ; Rodolfa et al., 1983).

L'équation qui relie le taux de décrocheurs au niveau de satisfaction des usagers vis-à-vis les services offerts a fait l'objet de quelques recherches (Balch et al., 1977 ; Cross et al., 1984 ; Denner et al., 1974a, 1974b ; Kirchner et al., 1982 ; Kokotovic et al., 1987 ; McNeill et al., 1987 ; Sabourin et al., 1987 ; Sabourin, Pérusse & Gendreau, 1987 ; Woodward et al., 1978). Les résultats démontrent que le niveau d'insatisfaction constitue un facteur qui précipite la décision des usagers de mettre fin de façon prématurée au traitement.

Ce bref exposé n'épuise évidemment pas le sujet. Il existe d'autres recherches qui traitent des causes d'abandon (Acosta, 1980 ; Cross et al., 1984 ; Prue et al., 1979 ; Rodolfa et al., 1983 ; Saltzman, 1984 ; Rappaport et al., 1985), des caractéristiques du professionnel (Dodd, 1970 ; Greenspan et al., 1985) ou de facteurs administratifs tel le temps passé sur la liste d'attente (Anderson et al., 1987 ; Whittemore, 1985 ; Fruend et al., 1991). De même, certaines études, surtout parmi les plus récentes, examinent l'influence d'une combinaison de facteurs prédictifs sur l'abandon du traitement (Berrigan et al., 1981 ; Kokotovic & Tracey, 1987 ; McNeill et al., 1987 ; Rodolfa et al., 1983).

Limites des études antérieures

Il importe cependant de souligner que, dans l'ensemble, les résultats rapportés plus haut demeurent peu convaincants pour diverses raisons d'ordre méthodologique. Ainsi, d'études en études, des définitions différentes du concept d'abandon sont utilisées ; des précisions à ce sujet sont présentées plus loin dans le texte. Certaines recherches n'utilisent pas de groupes témoins composés d'usagers ayant complété la démarche thérapeutique. L'utilisation d'instruments ne comprenant qu'un seul item ou dont les qualités psychométriques ne sont pas rapportées est chose fréquente. Finalement, le recours à des procédures d'analyses statistiques relativement peu sophistiquées (analyse descriptive des moyennes, du pourcentage d'endossement des items, etc.) est le fait de la plupart des études. Garfield (1986) et Pekarik (1985a), ont fait une analyse critique de ces études.

De plus, la consultation des bilans de la littérature les plus récents fait ressortir que la pauvreté des données recueillies et l'absence d'accumulation des connaissances dans le domaine sont directement associées au caractère a-théorique des études répertoriées (Baekeland & Lundwall, 1975 ; Garfield, 1978, 1986 ; Pekarik, 1985a ; Hill & Corbett, 1993).

Dans le rapport final d'une recherche subventionné par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), Sabourin, Gendreau et Cournoyer (1992) présentent les résultats d'études portant sur différents instruments de mesure issus de cadres théoriques éprouvés et prometteurs dans l'optique d'une recherche multidimensionnelle sur le rejet de l'aide professionnelle. De même, dans le cadre d'un article récent sur l'avenir de la recherche en psychothérapie, Hill et Corbett (1993) indiquent : qu'un des principaux buts devant guider les futures recherches sur les traitements psychothérapeutiques consiste à vérifier des modèles complets (Hill, 1992a) traitant autant des caractéristiques des clients avant traitement que de variables propres à la relation thérapeutique, à l'efficacité à court ou à long terme de l'intervention, ainsi que de variables externes relatives au vécu du client.

L'étude de la persévérance en traitement selon une perspective tri-dimensionnelle

Conformément aux avis méthodologiques les plus récents, la présente recherche vise à faire l'étude comparative et intégrée de la validité prédictive de différents modèles ou cadres théoriques pouvant expliquer la persévérance en traitement selon trois dimensions complémentaires.

a) Les déterminants reliés à l'individu

- la motivation au changement (modèle de Prochaska et DiClemente, 1982, 1985) ;
- la théorie de l'action planifiée (Ajzen et Fishbein, 1988) ;
- les attentes d'efficacité (Bandura, 1984, 1986).

b) Les déterminants reliés aux conditions dans lesquelles le traitement est donné :

- la satisfaction face aux traitements reçus ;
- l'alliance thérapeutique ;
- l'efficacité à court terme du traitement.

c) Les déterminants reliés à l'environnement :

- la pression d'événements critiques, y compris la pression exercée par des instances telles que le système judiciaire, l'employeur, la famille, etc. ;
- le soutien de l'entourage (à l'égard de la poursuite du traitement).

Ainsi, sans négliger les variables mesurées jusqu'à maintenant dans ce type de recherche (telles les variables sociodémographiques, la détresse psychologique et le profil biopsychosocial relié à la consommation), la présente étude s'intéresse donc à de nouvelles variables susceptibles d'éclairer le phénomène de la persévérance en traitement, et ce en tenant compte de l'efficacité à court terme du traitement.

Les déterminants reliés à l'individu

Les stades de motivation

Les cliniciens ont depuis longtemps considéré la motivation comme un des principaux facteurs déterminant l'issue d'un processus psychothérapeutique. Bien qu'il y ait souvent eu référence dans les histoires de cas et dans les recherches en général à la motivation du client, les écrits empiriques sur les constatations des cliniciens à ce sujet sont longtemps demeurés épars et inadéquats (Keithly et al., 1980). Ainsi des résultats contradictoires ressortent des premières recherches à ce sujet (Conrad, 1952 ; Cartwright et al., 1963 ; Siegal et al., 1962 ; Rosenthal et al., 1958). Cette antinomie entre les observations cliniques et les résultats des recherches s'explique par l'absence d'une définition opérationnelle et nuancée du concept de motivation, et par des différences dans les types de population étudiés (Keithly et al., 1980 ; Rosenbaum et al., 1983). Jusqu'à tout récemment, les recherches empiriques sur la motivation au changement dénotant les conclusions les plus claires ont presque toutes été faites dans le contexte de la psychothérapie dynamique à court terme et ont principalement visé l'étude des caractéristiques des clients les plus aptes à suivre ce type de psychothérapie (Malan, 1963, 1976 ; Strup et al., 1969 ; Sifneos, 1968, 1971, 1972, 1978 ; Rosenbaum et al., 1983 ; Barth et al., 1988).

Dans le but de pallier à ces limites, Prochaska et DiClemente (1982, 1985) ont étudié les processus de changement dans l'optique d'une approche transthéorique. La première version de leur modèle de changement a été développée suite à l'analyse de 18 types de psychothérapies (Prochaska, 1979). Les résultats de leurs études les ont menés à l'identification de différents stades de changement. La version la plus récente (DiClemente et al., 1991) comprend 5 stades dont voici une brève description. La "précontemplation" constitue le premier stade dans le processus de changement ; il regroupe des individus peu disposés à changer ou découragés par le changement. Ces derniers sont peu engagés dans des activités de changement et conservent une attitude défensive face à la reconnaissance du problème, croyant avoir celui-ci sous contrôle. Au stade suivant, dit de "contemplation", l'individu s'engage davantage dans le processus ; son niveau de conscience augmente et les remises en question sont plus fréquentes. Le stade de "préparation" se caractérise par des tentatives sporadiques de changer le comportement : l'individu est prêt à passer à l'action dans un futur relativement proche mais a encore besoin de préciser ses buts et ses

priorités. Le stade de l'"action" est celui où l'individu commence à utiliser les stratégies qu'il connaît afin de modifier son comportement. Finalement, dans le stade du "maintien", l'individu tente de maintenir le comportement nouvellement acquis.

Ce modèle de changement a été appliqué à diverses formes de thérapie et s'est avéré valide pour différents types de population : fumeurs (DiClemente et al., 1989) ; clients en psychothérapie externe (McConaughy et al., 1983) ; participants à un programme de contrôle de poids (O'Connell et al., 1988) ; alcooliques en clinique externe (DiClemente et al., 1990) ; patients phobiques (Prochaska, 1991). Ce modèle théorique semble donc être prometteur et mériter une étude auprès d'une population québécoise d'alcooliques et de toxicomanes. Il pourrait à cet égard servir d'outil diagnostique pertinent en milieu clinique.

Les attentes d'efficacité

Le rôle des processus cognitifs dans les changements de comportement est devenu une question de premier plan en psychologie (Bandura, 1977a, 1977b ; Meichenbaum, 1977 ; Mischel, 1973) et plus particulièrement dans le domaine de l'alcoolisme (Wilson, 1977). Le concept d'attente est un processus cognitif qui a reçu beaucoup d'attention. Initialement, cette notion a été étudiée en tant que facteur qui détermine soit le début ou la poursuite du comportement de consommation de l'alcool (Donovan et al., 1980 ; Marlatt et al., 1982 ; Wilson, 1978). Le concept d'attente est défini dans ces recherches comme les conséquences anticipées de la consommation d'alcool (Roehling et al., 1987). Récemment, une utilisation étendue de ce concept a été proposée relativement au changement de comportement des alcooliques (Solomon & Annis, 1989).

La théorie de l'efficacité personnelle de Bandura (1984, 1986) postule une relation directe au niveau conceptuel entre l'efficacité du changement d'un comportement et les résultats attendus. Les attentes en regard des conséquences anticipées de leur comportement détermineraient en grande partie les actions des individus. Bien que les thérapeutes assument que la modification des comportements de dépendance devrait apporter des résultats positifs, ce postulat n'est peut-être pas toujours partagé par les clients. Ainsi, si l'isolement social est anticipé par le client comme conséquence de l'arrêt de sa consommation, ce comportement peut s'avérer être plus ou moins attrayant. L'identification des conséquences menaçantes ou supportantes pour l'individu peut servir à alimenter les interventions cliniques, tout en intéressant les chercheurs comme facteur prédictif différentiel.

La théorie de l'action planifiée

La théorie de l'action planifiée développée par Ajzen et Fishbein (1980 ; Ajzen, 1988) présente un cadre théorique systématique incluant un nombre relativement restreint de variables prédictives dont la spécificité des effets sur les comportements humains est clairement définie. Ce modèle vise à prédire les comportements pour lesquels un individu peut exercer un contrôle. Une telle théorie de l'action planifiée (Ajzen, 1988) ne peut s'appliquer qu'à un contexte où il est possible de faire le choix d'adopter ou non un comportement. Le facteur central postulé dans cette théorie est l'intention. Les intentions seraient des indicateurs de la volonté des individus d'adopter un comportement et des efforts qu'ils sont prêts à déployer dans ce sens. La théorie postule trois facteurs indépendants déterminant les intentions : les attitudes, les normes subjectives et la perception de contrôle. Les attitudes réfèrent à l'évaluation favorable ou non du comportement par l'individu, les normes subjectives visent à traduire la perception qu'a l'individu des

pressions sociales qui le poussent ou non à adopter le comportement, et la perception du contrôle réfère à l'aisance ou à la difficulté d'émettre le comportement en fonction de l'expérience passée et des obstacles anticipés.

Cette théorie a été appliquée avec succès à l'adoption de différents comportements de santé physique (v.g. la consultation d'une ressource médicale advenant des symptômes de cancer du sein (Timko, 1987) ; l'usage de la cigarette (Budd, 1986 ; Norman et al., 1989) ; l'utilisation de drogues illicites (Fishbein et al., 1987) ; l'implication dans des comportements de bonne forme physique (Hecker et al., 1985 ; Koballa, 1988) ; la perte de poids (Schifter et al., 1985) ; les soins dentaires (Hoogstraten et al., 1985)). Cette théorie a aussi été vérifiée relativement à la prédiction de comportements en santé mentale (v.g. la prise de lithium chez des "bipolaires" (Cochran et al., 1988)) ; l'abandon d'une demande d'aide en contexte psychothérapeutique (Cournoyer & Sabourin, 1988 ; Cournoyer, Laplante & Sabourin, 1993 ; Cournoyer, 1994). La spécificité du modèle facilite le développement d'éventuelles stratégies d'intervention. En effet, la décision d'abandonner un traitement peut, par exemple, être affectée par (a) l'adoption de croyances irréalistes quant aux conséquences du traitement, (b) la perception de normes sociales défavorables vis-à-vis l'aide professionnelle, et, (c) l'impression de ne pas avoir de contrôle sur les obstacles qui entravent le comportement de recherche d'aide. Il s'agit là de quelques unes des pistes d'intervention possibles.

Les déterminants reliés aux conditions du traitement

La satisfaction de la clientèle

Depuis une dizaine d'année, l'évaluation du degré de satisfaction des consommateurs de services psychologiques est devenue une préoccupation importante tant pour les cliniciens et les chercheurs que pour les administrateurs qui oeuvrent dans le domaine de la santé mentale (Sorenson et al., 1979 ; Garfield, 1983 ; Lebow, 1983 ; Lambert et al., 1986 ; Charette et al., 1981). Les mesures de satisfaction de la clientèle se révèlent être des outils importants dans l'évaluation des programmes d'ordre curatif ou prophylactique (Dumont & Kiely, 1987 ; Godbout, 1986). De plus, le degré de satisfaction de la clientèle se révèle être un prédicteur stable de la collaboration du client, de l'abandon prématuré de la psychothérapie, et des comportements subséquents de recherche d'aide (Kokotovic et al., 1987 ; McNeill et al., 1987 ; Sabourin et al., 1987 ; Ware et al., 1983 ; Pekarik, 1992). L'intérêt qui peut être accordé à la satisfaction de la clientèle est de plus en plus justifié par l'avènement de questionnaires éprouvés qui mesurent ce concept. Ainsi, récemment une mesure multidimensionnelle visant à l'évaluation de la satisfaction relative à différents aspects des traitements offerts en contexte de santé mentale a été développée (Leichner & Perreault, 1990). Un tel instrument devrait permettre de vérifier la valeur prédictive différentielle de diverses dimensions relatives aux services offerts dans l'étude de l'abandon des traitements. La caractéristique multidimensionnelle d'une telle mesure rend la rétroaction du client plus précise et peut être utilisée par les administrateurs dans la révision de certains aspects des services offerts. À notre connaissance, aucune recherche n'a à ce jour évalué l'importance de la satisfaction de la clientèle dans la prédiction de l'abandon des traitements de réadaptation en toxicomanie.

L'alliance thérapeutique

Depuis plusieurs années, le concept d'alliance thérapeutique a suscité l'intérêt de nombreux chercheurs dont les travaux s'inscrivent dans la tradition psychanalytique (Gaston, 1990). Cependant, c'est

depuis quelques dix ans que le rôle de l'alliance comme facteur de changement dans le processus thérapeutique est reconnu par les tenants des principales approches psychothérapeutiques (Gelso et al., 1985). Un grand nombre de chercheurs et de cliniciens soutiennent que l'alliance est une précondition nécessaire à l'établissement d'un processus thérapeutique. Les résultats des recherches empiriques supportent généralement l'association entre l'alliance et l'issue du traitement (Horvath et al., 1989 ; Marmar et al., 1989 ; Eaton et al., 1988) et ce, peu importe la nature des mesures d'efficacité utilisées et le type de traitement offert. L'alliance thérapeutique est un phénomène multidimensionnel. Ainsi, en s'appuyant sur une recension des écrits théoriques et empiriques sur l'alliance, Marmar et Gaston (1988), et Gaston (1990) soutiennent que l'alliance comporte quatre composantes distinctes, soit l'engagement du client, la capacité de travail du client, la compréhension et l'implication du thérapeute, et finalement le consensus quant aux stratégies à utiliser dans le travail psychothérapeutique. Certains facteurs sont donc liés à la contribution du thérapeute et d'autres à la contribution du client.

Selon la plupart des chercheurs dans le domaine, l'alliance thérapeutique s'établirait dès les premiers moments de la thérapie (Tryon, 1990). Dans l'étude de l'abandon unilatéral de la thérapie, Tryon et Kane (1993) indiquent que l'évaluation de l'alliance à la troisième rencontre permet de s'assurer qu'elle a déjà été établie pour la majorité des clients. Ces chercheurs n'ont cependant pas trouvé de lien entre l'évaluation de l'alliance faite par le client et l'abandon unilatéral du traitement. D'autres études ont par contre retrouvé une relation entre la persévérance et l'alliance thérapeutique (Tryon & Kane, 1990 ; Alexander & Luborsky, 1986). Bien que certaines recherches aient mis en lumière le rôle de l'alliance thérapeutique dans l'efficacité des traitements offerts en toxicomanie, aucune recherche n'a encore été réalisée à notre connaissance sur son rôle dans l'abandon d'un traitement de réadaptation pour des problèmes de toxicomanie.

Les déterminants reliés à l'environnement

La pression d'événements critiques

Plusieurs recherches, plus spécifiquement dans le domaine de la criminologie, ont démontré l'existence d'une relation entre l'adhésion à un traitement et les pressions exercées par le système judiciaire (Anglin et al., 1990 ; Anglin & Hoser, 1990 ; Anglin et al., 1981 ; Collins et al., 1983 ; McGothlin et al., 1981 ; Speckart et al., 1989 ; Simpson et al., 1988). Bien qu'il n'existe pas de modèle théorique à cet effet, l'importance de ce phénomène dans les études antérieures justifie l'attention qui peut y être accordée. En fait, il arrive souvent que des clients s'engagent dans le traitement conséquemment à des pressions externes. Tant que les pressions demeurent, le client poursuit son traitement. Lorsqu'elles disparaissent le client abandonne unilatéralement. Ainsi la coercition augmenterait la persévérance en traitement (Allan, 1987 ; Craig, 1985). De même, différentes sources de pressions sociales ou relatives à des événements de vie ou à la condition physique peuvent favoriser ou non la persévérance en traitement. Les clients qui subissent des pressions familiales ont plus de probabilité d'abandonner (Beck et al., 1983). Il en va de même pour ceux qui sont référés par l'urgence d'un hôpital (Heisler et al., 1982). Plusieurs sources de pressions peuvent être étudiées dans le domaine de la toxicomanie bien qu'elles aient de façon générale été négligées à ce jour par les chercheurs. Dans la présente recherche, il sera question de motifs de consultations motivant la demande de traitement et d'événements de vie qui peuvent précipiter l'arrêt du traitement.

Le soutien de l'entourage

Le soutien de l'entourage a depuis longtemps été cité comme un facteur favorisant la poursuite des traitements de réadaptation (Beckman et al., 1986). De plus certaines études ont démontré que les personnes qui ne vivent pas seules demeurent plus longtemps en traitement (Chan et al., 1986 ; Roffe, 1981 ; Leigh et al., 1984). Le soutien social aurait un effet tampon sur les événements stressants ; il s'agit de la théorie du "Buffering effect" (Barrera, 1981 ; Husaini et al., 1982 ; Thoits, 1982 ; Wilcox, 1981 ; Cohen et al., 1985 ; Michaux, Cournoyer & Sabourin, 1991). Ce mécanisme est depuis longtemps reconnu dans le domaine de la toxicomanie et constitue souvent une des composantes importantes du système de traitement. Ce phénomène peut s'expliquer ainsi : lorsqu'un individu sent qu'il peut avoir une rechute, ses chances de demeurer abstinent augmentent s'il peut recourir au soutien d'une autre personne. Le parrainage *Alcooliques Anonymes* s'appuie sur ce principe.

Des études récentes mettent en relation le soutien social perçu et la capacité d'attachement d'un individu (Mallinckrodt, 1993). La quantité de soutien qu'une personne perçoit donnerait un indice de sa capacité de créer des liens et serait relié au contact affectif qu'elle aurait eu avec ses parents plus jeunes, selon diverses théories en psychologie (Kohut, 1971, 1977 ; Greenberg & Mitchell, 1983 ; Erickson, 1950). Incidemment, les résultats d'une recherche sur l'alliance mettent en évidence la présence d'une relation entre le soutien social perçu et la création de l'alliance thérapeutique (Mallinckrodt, 1993). Il apparaît plus facile pour les individus ayant un réseau de soutien social plus développé de créer des liens dans le cadre d'un processus thérapeutique. Cette théorie est d'autant plus intéressante dans le domaine du traitement de la toxicomanie qu'une grande part des interventions se font en groupe.

Définitions opérationnelles et nuances de l'abandon et de la persévérance

Les différentes définitions de l'abandon : une perspective historique

Jusqu'à tout récemment, le nombre d'entrevues complétées constituait le seul critère d'appartenance à la catégorie des cas d'abandon. Outre le caractère arbitraire de cette pratique et les nombreux débats quant au nombre d'entrevues à utiliser comme point de rupture, des recherches récentes (Pekarik, 1983) ont démontré que plusieurs des usagers qui mettent fin au processus psychothérapeutique après quelques entrevues sont considérés par le professionnel qui les rencontre comme des succès thérapeutiques clairs. Le recours au seul nombre d'entrevues complétées comme critère de classification des sujets s'avère donc une source de contamination des résultats qu'il convient d'éliminer afin d'augmenter l'homogénéité des sujets retenus au sein de l'échantillon des cas d'abandon. Les avis méthodologiques les plus récents (Garfield, 1978, 1986 ; Pekarik, 1985b) portent donc à considérer l'aspect unilatéral de la décision de l'usager de terminer la consultation (et le désaccord du professionnel avec cette décision) comme le premier critère d'inclusion des sujets au sein de la catégorie des cas d'abandon (Sabourin et al., 1987). Le second critère de classification retenu est le nombre d'entrevues complétées.

À partir de ces critères, certaines études plus récentes en sont venues à conceptualiser différents types d'abandon tels que l'abandon spontané, précoce, tardif, etc. Dans la majorité des cas cependant, les analyses statistiques ne s'appuient que sur des comparaisons de moyennes. De plus, ce qui différencie les groupes dans leur constitution n'est pas toujours clair, le point de coupure entre abandon précoce et abandon tardif est discutable, et la variable durée du traitement n'est pas prise directement en considération dans les méthodes statistiques utilisées lorsqu'il y a comparaison entre plusieurs groupes (Cournoyer, 1994).

Étude de la persévérance en traitement

Dans l'étude de l'abandon prématuré du traitement, le premier type d'abandon à considérer est celui de la demande d'aide (Cournoyer, 1994). Dans la mesure où l'objectif d'une recherche est d'identifier les facteurs prévisionnels de la persévérance en traitement, la contrepartie de l'abandon spontané de la demande d'aide est l'entrée en traitement. Dans la mesure où un traitement présente plusieurs phases distinctes, l'entrée dans chacune des phases du traitement peut elle aussi être considérée comme la contrepartie de l'abandon.

Cournoyer (1994) a démontré que l'abandon peut être étudié d'une façon plus juste avec une technique d'analyse statistique fréquemment utilisée dans les sciences médicales, en démographie et en sociologie et qui s'apparente aux courbes de survie. Ainsi, l'analyse des transitions (Cox proportional-hazards regression model : Cox, 1972) tient compte dans la constitution de la variable dépendante autant de la dichotomie abandon-poursuite du traitement que de la durée qui précède l'abandon.

Dans le cadre de la présente recherche, l'entrée dans les différentes phase de traitement sera le premier indicateur de la persévérance. L'abandon en cours de traitement, qui réfère à la durée précédant soit l'abandon de la démarche ou la complétion de cette dernière, sera traité statistiquement par l'analyse de transitions.

Nuances relatives au concept d'abandon

Plusieurs recherches ont eu pour but de vérifier quelles étaient les motivations et les raisons invoquées par les clients qui mettaient fin au traitement de façon prématuré (Pekarik, 1992 ; Hynan, 1990). Les résultats de ces recherches convergent vers trois facteurs qui de façon répétée sont invoqués par les clients : amélioration de leur situation, insatisfaction à l'égard des services offerts, éloignement géographique (Pekarik, 1992). Des résultats préliminaires comparables ont été obtenus à Domrémy-Montréal dans une étude² subventionnée par le PNRDS (Brochu, Landry & Bergeron, 1991). Les principaux motifs d'abandon identifiés dans cette recherche auprès des alcooliques et toxicomanes sont les suivants : amélioration de leur situation, rechute, le choix d'une autre forme de traitement, insatisfaction à l'égard du thérapeute ("pas un ex-toxicomane", "trop jeune", "pas assez actif", "fait des recommandation avec lesquelles le client n'est pas d'accord", etc.), l'éloignement géographique (déménagement ailleurs), période trop longue sur la liste d'attente. Il apparaît donc important de s'assurer qu'il ne demeure pas de cas contaminants dans le groupe d'abandon (par exemple des clients qui seraient aller consulter ailleurs) et d'interpréter les données sur l'abandon à la lumière des différents motifs qui l'ont provoqué.

Une recherche adaptée à la structure du service

Les traitements de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie se font généralement en plusieurs phases comportant des types d'activités différentes (voir figure 1). Il est important en ce sens d'adapter le plan de recherche ainsi que le choix des variables à étudier en fonction des caractéristiques du traitement. Sans entrer dans les détails qui seront décrits plus loin (section méthodologie), il est important à ce point d'indiquer certains aspects importants du traitement offert à Domrémy-Montréal dans le but de situer les

² Évaluation de l'efficacité d'un traitement psychosocial de l'alcoolisme et des autres toxicomanies, document de travail non publié.

questions de recherche.

Ainsi, les clients qui font une demande d'aide sont tout d'abord évalués à l'aide d'une entrevue clinique et d'un outil reconnu dans le domaine de la toxicomanie, l'*Indice de gravité d'une toxicomanie*³, récemment validé au Québec par des membres de l'équipe (Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois & Trépanier, 1992). Ensuite, les clients entrent dans la première phase de traitement dont le but est de susciter l'arrêt de la consommation ; le travail de groupe est alors privilégié. La deuxième phase du traitement fait principalement appel à des entrevues individuelles.

Évaluation clinique

Première phase du traitement
(Principalement interventions
en groupes)

Deuxième phase du traitement
(Principalement psychothérapie
individuelle)

Figure 1 : Les différentes phases du traitement offert à Domrémy-Montréal

Questions de recherche

Les questions de recherche portent sur le cheminement des clients au cours des différentes phases du traitement. Une distinction est établie pour deux types de variables : l'entrée dans chaque phase de traitement, une variable dichotomique, et la persévérance en traitement, une variable continue. Chacune de ces variables recevra un traitement statistique approprié.

Les déterminants de l'entrée dans les deux phases du traitement

Il s'agit tout d'abord d'identifier quels sont les facteurs qui influencent l'entrée des clients dans chacune de ces deux phases du traitement.

Quelles sont les caractéristiques des clients qui sont les plus susceptibles de s'engager dans la première phase de traitement ?

Les déterminants de l'entrée dans la première phase du traitement ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux qui favorisent l'entrée dans la deuxième phase.

Il est ainsi attendu que les caractéristiques des clients au moment de leur demande d'aide permettront de prédire leur entrée dans cette première étape. Les variables sociodémographiques ou reliées au profil biopsychosocial, ainsi que les variables issues des différents modèles ou cadres théoriques (stades de motivation, perception des pressions à la consultation) sont ici considérées.

L'inconsistance des résultats obtenus dans les études antérieures ne permet pas de faire des hypothèses précises au sujet des variables sociodémographiques ou reliées au profil biopsychosocial en relation avec l'abandon spontané d'une demande d'aide. Néanmoins, les relations attendues entre les autres variables et l'entrée en traitement sont conformes aux postulats des différents modèles ou cadres théoriques

³ Version française de l'"*Addiction Severity Index*" de McLellan, Luborsky, Woody et O'Brien (1980).

dont elles découlent. Ainsi,

- la probabilité d'entrée dans la première phase de traitement dépend de la position de l'individu dans l'échelle des stades de changement (motivation au changement thérapeutique) de Prochaska et DiClemente (1982, 1985) ;
- les personnes qui identifient plus de pertes que de gains relativement aux conséquences attendues (Bandura, 1984, 1986) de leurs changements de comportement, ont plus de chances d'abandonner leur demande d'aide et de ne pas s'engager dans la première phase de traitement ;
- l'importance des pressions perçues incitant à la consultation (v.g. pressions judiciaires, du conjoint, du médecin, etc.) augmente la probabilité d'entrée dans le traitement.

Quels sont les déterminants de l'engagement dans la deuxième phase de traitement ?

L'engagement dans la deuxième phase sera principalement déterminé par l'expérience vécue durant la première phase de traitement, et ce, en fonction d'une interaction entre les différentes variables.

Ainsi, dans un premier temps, l'amélioration de la condition du client s'avérera prédictive de l'engagement dans la deuxième phase du traitement.

Par ailleurs, l'influence de ce premier facteur sera elle-même fonction de la satisfaction du client face aux services reçus. Les résultats de recherches antérieures (Pekarik, 1992) permettent en effet de prédire que les clients pour lesquels il y a eu amélioration mais qui sont insatisfaits des services reçus auront plus de chances d'abandonner.

Les prédictions vont dans le même sens en ce qui a trait à la théorie de l'action planifiée (Ajzen et Fishbein, 1988). Ainsi, l'intention de s'engager dans la deuxième phase dépendra de la satisfaction des clients ainsi que de l'amélioration de leur condition. D'autre part l'intention de poursuivre le traitement sera aussi déterminée, tel que stipulé dans la théorie de l'action planifiée, par les attitudes du client face à ce qu'il anticipe qu'une psychothérapie individuelle peut lui apporter, par les normes sociales (v.g. les pressions de son entourage à poursuivre la démarche) et par la perception de contrôle qu'il a face à ses capacités de s'engager dans un tel processus.

Les déterminants de la persévérance en traitement

Il s'agit ici d'identifier quels sont les facteurs qui déterminent la persévérance dans chacune des deux premières phases de traitement considérées séparément, ainsi que pour l'ensemble de la démarche. Les questions relatives à la persévérance en traitement ne s'appliquent qu'aux clients qui à chacune des phases s'engagent dans le traitement. La persévérance en traitement peut être définie à l'inverse comme la rapidité d'abandon. Conformément aux avis méthodologiques les plus récents (Cournoyer, 1994), la définition de la persévérance en traitement doit tenir compte autant du caractère unilatéral de la décision du client de mettre fin à sa thérapie, que de la durée qui précède l'abandon.

Quelles sont les caractéristiques des clients au moment de la demande d'aide qui permettent de prédire leur persévérance dans la première phase ?

Il s'agit ici de vérifier si les caractéristiques des clients au moment de leur demande d'aide permettent de prédire la persévérance en traitement.

Les résultats obtenus dans le cadre de la seule étude antérieure (Cournoyer, 1994) à avoir fait appel à la définition de la persévérance en traitement ici privilégiée, ne permettent pas de faire des hypothèses précises au sujet des variables sociodémographiques ou reliées au profil biopsychosocial. Néanmoins, les relations attendues entre les autres variables et la persévérance en traitement sont conformes aux postulats des différents modèles ou cadres théoriques desquels elles découlent. Ainsi,

- la probabilité de persévérance dans la première phase de traitement dépend de la position de l'individu dans l'échelle des stades de changement de Prochaska et DiClemente (1982, 1985) ;
- les personnes qui identifient plus de pertes que de gains relativement aux conséquences attendues suite à leur changement de comportement (Bandura, 1984, 1986), ont plus de risques d'abandonner rapidement au cours de la première phase de traitement ;
- l'importance des pressions perçues incitant à la consultation augmente la probabilité de persévérance dans la première phase de traitement et ce, dans la mesure où ces pressions continuent à s'exercer ;
- les personnes bénéficiant de plus de soutien social auront plus de facilité à s'adapter au contexte de la psychothérapie de groupe et persévéreront en conséquence plus longtemps dans le traitement.

Finalement, il est attendu que les évaluations de la position relative au stade de changement et de la motivation à s'engager dans la thérapie effectuées par les intervenants en début de la première phase de traitement permettront de prédire la poursuite dans la première phase de traitement.

Quels sont les déterminants reliés aux conditions du traitement qui permettent de prédire la persévérance des clients pour l'ensemble de la démarche ?

Il s'agit ici de vérifier dans quelle mesure les variables reliées aux conditions du traitement telles que présentées permettront de prédire la persévérance en traitement.

L'alliance thérapeutique telle qu'évaluée au début de la deuxième phase de traitement permet-elle de prédire la persévérance ?

La deuxième phase de traitement est principalement caractérisée par la psychothérapie individuelle. Il peut être attendu que la qualité de la relation qui s'établit entre le client et son nouvel intervenant, telle que définie par le concept d'alliance thérapeutique, déterminera la persévérance dans la poursuite du traitement.

Il est attendu que les évaluations de la position relative au stade de changement et de la motivation à s'engager dans la thérapie effectuées par le clinicien en début de la deuxième phase de traitement permettront de prédire la poursuite dans cette phase de traitement.

Chapitre 2

Méthodologie

Dans un premier temps, les caractéristiques des sujets qui ont accepté de participer à la recherche seront décrites. Par la suite, dans le but de présenter le plan de la recherche ainsi que les variables dépendantes utilisées subséquemment dans l'analyse des résultats, il importera d'exposer d'une façon plus détaillée la structure du traitement offert à Domrémy-Montréal. Cette section est d'autant plus importante que la structure de la programmation de ce centre a été modifiée durant la période lors de laquelle la présente recherche a eu lieu. Le plan original de la recherche était adapté, tel que décrit dans la section précédente, à la structure des services offerts au moment du début de l'expérimentation. Il a fallu apporter certaines modifications à l'étude de façon à l'adapter à la nouvelle organisation des traitements donnés aux clients, et effectuer des changements dans la stratégie d'analyse des résultats dans le but de maximiser la taille échantillonnale à chacune des étapes de l'analyse des résultats. De plus, comme il le sera démontré plus loin dans le texte, des variables relatives à l'orientation des client dans les traitements offerts devront être contrôlées dans les analyses statistiques pour bien refléter les changements dans la structure de la programmation clinique.

Par la suite, le texte donnera une description des différents questionnaires retenus dans le cadre de la présente recherche ainsi que les moments de passation de ces questionnaires. Finalement, seront présentés les variables dépendantes relatives à la persévérance en traitement et les principaux types d'analyses statistiques privilégiés dans le cadre de la présente recherche.

Sujets et procédures de recrutement

L'ensemble des clients qui ont fait une demande d'aide à Domrémy-Montréal entre juin 1994 et septembre 1995 ont été sollicités afin de participer à la recherche. Ces clients ont été contactés au moment d'une rencontre de groupe dite «groupe d'accueil », au cours de laquelle la philosophie ainsi que la structure des services offerts à Domrémy-Montréal sont exposées. La libre collaboration à la recherche leur a alors été offerte. Ils ont été invités à signer un formulaire de consentement éclairé, dont ils ont gardé copie. Ce consentement portait sur la participation aux diverses étapes de la recherche, sur les moyens utilisés pour les retracer et sur l'accès à leur dossier-usager à Domrémy-Montréal. Il leur a été expliqué qu'ils pouvaient mettre fin à leur participation à tout moment. Les coordonnées d'une ou plusieurs personnes avec qui ils gardent un contact permanent leur a été demandées dans le but de pouvoir les rejoindre en cas de déménagement. Le verbatim de présentation de la recherche utilisé par les assistants de recherche ainsi que le formulaire de consentement éclairé sont présentés en annexe A.

Des clients contactés à ce moment, 80% ont accepté de participer à la recherche. De ceux qui ont accepté de participer à la recherche, 75% se sont présentés pour leur entrevue initiale d'évaluation et pour compléter les questionnaires de la recherche. Il en résulte que 716 clients ont accepté de participer à la recherche et ont complété les questionnaires au premier temps de mesure. Ces questionnaires, ainsi que le plan général de la recherche, sont décrits plus loin dans le texte. Un certain nombre de clients (N=135) se sont joints à la recherche en cours de traitement. Ces clients se sont vus offrir la participation à la recherche au deuxième moment de passation des questionnaires. Ces clients, apprenant que les autres membres de leur groupe de thérapie participaient à une telle recherche, ont manifesté le désir de faire de même. Afin de maximiser la taille échantillonnale dans les analyses statistiques, la décision a été prise de les incorporer dans la banque de données bien que ces clients n'aient pas complété le premier moment de

passation des questionnaires. Il est plausible que le \$10.00 compensatoire donné aux participants à la recherche à chacun des moments de passation des questionnaires ait motivé leur demande. La très grande majorité de ces clients (98,5%) ont été recrutés dans le programme court séjour (interne).

L'échantillon final de la présente recherche est donc constitué de 851 clients, soit 250 femmes (29,4%) et 601 hommes (70,6%). Ces clients ont entre 18 et 77 ans d'âge, la moyenne étant de 35,9 ans (écart-type de 9 ans) et leur nombre moyen d'années d'éducation est de 11,38 ans (écart-type de 2,56 ans). Il est intéressant de noter que 11,9% des clients se sont prévalus du mode de passation verbal des questionnaires. La majorité d'entre eux sont célibataires (42,8%), alors que 30,4% sont séparés ou divorcés et que 25,9% sont mariés ou vivent en union libre. Presque le tiers des clients travaillent à temps plein (31,8%) alors que 39,4% d'entre eux reçoivent des allocations du bien-être social. Les autres se répartissent également dans une ou l'autre des catégories suivantes : étudiant, chômeur, au foyer, retraité, travailleur saisonnier, autres. Les principales substances problèmes qui motivent la consultation sont les suivantes : alcool (33,3%), principales drogues illégales (16,1% : héroïne, 0,6% ; cocaïne, 12,4% ; cannabis, 3,1%), combinaison drogue-alcool (39,8%) et poly-toxicomane (9,5%). Il est intéressant de noter que 80% des clients rencontrés dans le cadre de la présente recherche ont une cote de détresse psychologique à l'Index des symptômes psychiatriques (ISP-29 ; Ilfeld, 1978) supérieure au 5^{ième} quintile le plus élevé de la population québécoise tel qu'évalué dans l'enquête Santé-Québec 1987 (Guyon & Levasseur, 1991).

La démarche de réadaptation à Domrémy-Montréal

Domrémy-Montréal est un centre public de réadaptation pour des personnes alcooliques et toxicomanes des deux sexes et âgées d'au moins 18 ans. Les services du centre sont gratuits et financés par le MSSS. Il reçoit environ 1,600 demandes de traitement par année. Le personnel clinique est composé de professionnels de diverses disciplines (psychologie, travail social, criminologie, éducation spécialisée, nursing, médecine) et l'approche du centre est biopsychosociale. Plusieurs principes ou fondements balisent cette approche, notamment : une vision multidimensionnelle de la toxicomanie qui commande que le processus de réadaptation s'intéresse à l'ensemble des sphères de la vie qui ont été touchées par la toxicomanie ; une conception évolutive de la réadaptation ; la nécessité d'apparier les traitements offerts aux besoins spécifiques de la personne toxicomane ; la prédominance de la réadaptation en milieu naturel.

Structure des traitements lors des premiers six mois de la recherche

La démarche de réadaptation proposée aux clients qui ont été recrutés pour participer à la recherche entre juin 1994 et décembre 1994 est ici décrite. Cette démarche comportait des étapes distinctes qui se succèdent selon une progression qui vise, par des objectifs et des programmes appropriés, à permettre à la personne de retrouver son autonomie face aux problèmes de consommation qui l'ont amenée en traitement. Ces étapes, auxquelles il sera fait allusion dans le reste de l'exposé de la méthodologie, sont les suivantes :

1. L'accueil, évaluation et orientation

Objectifs : introduire la personne à la démarche de traitement, bien évaluer ses besoins et l'orienter dans les services.

Modalités : se fait toujours en externe. Comporte une évaluation de base avec un questionnaire standardisé et validé mesurant la gravité des problèmes biopsychosociaux dans sept domaines distincts. Comporte également une évaluation nursing et, au besoin, d'autres évaluations plus spécialisées.

2. Réadaptation I

Objectifs : Amener le client à se situer face à l'arrêt de substances psychoactives, susciter la motivation à s'engager dans une démarche de réadaptation, l'introduire à des moyens lui permettant d'atteindre l'abstinence et de faire face aux autres difficultés associées à ses problèmes de surconsommation.

Modalités : Le travail de groupe est privilégié. Offert en milieu résidentiel ou « interne » (2 semaines intensives) et en externe (8 semaines).

3. Réadaptation II

Objectifs : amener la personne à reconnaître et actualiser ses forces, ses ressources et sa capacité de s'assumer et de composer avec son environnement. Lui permettre de retrouver le pouvoir sur sa vie qu'elle avait perdu progressivement au profit d'une dépendance de plus en plus paralysante.

Modalités : entrevues individuelles avec un clinicien responsable du plan d'intervention. Il y a possibilité de référer à des programmes d'intervention spécialisés selon les besoins de la personne. La durée de cette étape peut varier en termes de mois et même d'années, selon la nature des problèmes à résoudre et des besoins de la personne. Offert principalement à l'externe mais un programme interne axé sur la réinsertion sociale peut être également offert en appui à la démarche externe.

La démarche peut se terminer de plusieurs façons :

Le client cesse de se présenter aux activités qui lui sont proposées et le dossier est fermé administrativement après une période de 3 mois. C'est, et de loin, la modalité la plus fréquente. Le client et l'intervenant chargé du plan d'intervention peuvent mettre fin à la démarche d'un commun accord. Le centre peut mettre fin unilatéralement aux services sous forme de renvoi. Cette modalité est rare, surtout dans les services externes.

Changements dans la programmation de Domrémy-Montréal

La nouvelle programmation de Domrémy-Montréal a été mise en place en Janvier 1995. La recherche a alors été suspendue pour une période de deux mois. Cette suspension dans le recrutement des sujets s'imposait dans la mesure où une période d'ajustement des procédures cliniques se pose en évidence lors de tels changements de programmation. Par la suite, les sujets ont été recrutés pour participer à la recherche entre le début du mois de mars 1995 jusqu'en septembre 1995.

Le concept d'appariement est central à l'émergence de la nouvelle programmation de Domrémy-Montréal. Tant la pratique clinique que les études descriptives de la clientèle à l'aide d'instruments de mesure standardisés ont mené à l'identification de quatre types distincts de sous-populations dans l'ensemble de la clientèle se présentant pour recevoir des services à ce centre de réadaptation. De l'identification de ces quatre types de sous-populations ont découlé quatre programmes adaptés à leur caractéristiques et leurs besoins distincts.

La porte d'entrée à ces programmes demeure la même, soit le programme d'accueil, d'évaluation et d'orientation. De même, un programme de stabilisation (Court séjour) est encore offert en résidence (interne). Les usagers accueillis dans ce programme sont soit considérés vulnérables à l'éclatement d'une crise ou sont en phase de récupération. L'intervention vise, dans le premier cas, à apaiser les tensions, à favoriser la récupération dans le second. Dans tous les cas, on cherche à disposer et préparer l'utilisateur admis à effectuer une démarche de réadaptation en externe. De même, le programme transition accueille en interne les usagers momentanément incapables de poursuivre leur démarche de réadaptation en services

ambulatoires. La référence à ce programme est peu fréquente comparativement à l'ensemble des modalités de traitement offertes.

Le programme pour la clientèle présentant une double problématique Toxicomanie/Justice (offert en externe)

Ce programme accueille la clientèle ayant ou ayant eu des démêlés avec la justice. Les activités et la structure du programme sont conçues de façon à favoriser la persévérance de l'utilisateur dans le traitement en ajustant les cibles de l'intervention à son profil de délinquance et à son niveau d'engagement dans sa démarche.

Le programme pour la clientèle présentant une double problématique Toxicomanie/Santé mentale (offert en externe)

La clientèle à laquelle ce programme veut venir en aide est celle en état de détresse psychologique, celle avec des troubles de personnalité et celle activement suivie par des services psychiatriques. Selon le profil des usagers, l'orientation générale de l'intervention visera la disparition des symptômes de détresse, la stabilisation de l'agir ou la régularisation de la médication.

Le programme pour la clientèle en situation de crise sociale (offert en externe)

Les usagers accueillis dans ce programme sont généralement crédités d'un potentiel d'intégration sociale plus important. Les activités proposées visent à rétablir l'harmonie au sein de leur réseau social, permettant à l'institution de se retirer au profit des aidants naturels.

Le programme Personnes âgées (offert en externe et en interne)

Ce programme est destiné aux personnes de 55 ans et plus. La stratégie adoptée favorise l'intervention dans le milieu naturel de l'utilisateur et mise sur le déploiement d'un vaste réseau de collaboration avec les ressources de première ligne. Il importe de noter ici que ce programme n'avait pas été mis en place pendant la période de la recherche et que moins de 3,7% des usagers présentent ce profil.

Distinctions entre l'ancien et le nouveau programme et impacts sur l'analyse des résultats

Il s'agit ici d'identifier les changements dans les modalités de traitement qui peuvent influencer les résultats de la recherche. Il importera de contrôler pour ces changements dans les analyses statistiques. Le but poursuivi ici est de maximiser la taille échantillonnale (et donc la puissance statistique) propre à chacune des analyses qui seront présentées plus loin dans le texte. Toutefois, avant de présenter les changements effectués dans la programmation clinique, il importe tout d'abord de rappeler les principales phases et orientations dans le traitement propres à l'ancienne programmation.

Retour sur l'ancienne programmation

Suite à l'évaluation, les clients étaient référés soit en traitement interne (court séjour) ou externe. Quelques rares exceptions étaient référées en thérapie individuelle (externe) ou en transition (interne). Le traitement en interne avait une durée de deux semaines et le traitement en externe avait une durée de huit semaines. Par la suite, la grande majorité des clients ayant complété cette première phase de traitement étaient référés en thérapie individuelle. Quelques cas demeuraient en transition (interne) dans le but d'identifier et de relever les obstacles à leur retour en milieu naturel.

Les différentes orientations des clients doivent être prise en compte dans l'analyse des résultats de la recherche. En effet, en fonction de leur orientation de départ, les clients sont soumis à différentes

conditions de traitement. Ainsi, les clients qui sont référés en interne ne subissent pratiquement pas de temps d'attente avant de recevoir leur traitement. La durée de la première phase de traitement pour ces clients (deux semaines) est différente de celle de clients référés en externe (huit semaines). Cette distinction devra être considérée dans l'analyse des résultats.

Changements attribuables à la nouvelle programmation

Outre un changement dans la philosophie d'intervention, les clients référés au programme court séjour demeurent les mêmes. Ils s'agit des clients les plus taxés en terme de détresse psychologique et sociale au moment de leur demande d'aide. Dans la nouvelle programmation, le modèle d'intervention en situation de crise est privilégié, ce qui constitue un changement dans la philosophie d'intervention. Il importera donc de distinguer, dans les analyses portant sur la clientèle référée à l'interne, les clients qui ont été référés soit dans l'ancienne ou la nouvelle programmation.

Dans la nouvelle programmation, seuls les clients du programme desservant la clientèle en situation de crise sociale sont référés à une première phase de traitement en externe similaire à la première phase de traitement de l'ancienne programmation. La durée de cette phase de traitement est cependant plus courte (six semaines). Par la suite ces clients sont suivis en thérapie individuelle. Il importera donc de distinguer dans les analyses portant sur la clientèle référée en externe, les clients qui ont été référés dans la nouvelle programmation dans le mandat social.

Les clients référés dans les programmes Toxicomanie/Santé mentale et Toxicomanie/Justice subissent des modalités différentes d'entrée en traitement dans la nouvelle programmation. Le changement fondamental est relié à la modalité du traitement qui se fait maintenant dès le départ en thérapie individuelle. La modalité de prise de rendez-vous a elle aussi été modifiée pour ces deux programmes. Les clients référés au module Toxicomanie/Santé mentale fixent eux-mêmes leur rendez-vous suite à l'entrevue d'évaluation initiale à une deuxième entrevue d'évaluation clinique ayant pour but de préciser le plan de traitement. Suite à cette évaluation le client doit rappeler pour prendre rendez-vous avec l'intervenant qui lui aura été désigné. Une procédure semblable est utilisée avec les clients référés au module Toxicomanie/Justice. Par contre, au lieu d'une entrevue d'évaluation clinique, ces clients sont référés à un groupe d'introduction. Suite à ce groupe, les clients doivent rappeler pour prendre rendez-vous avec l'intervenant qui leur aura été désigné. Ainsi, il y a donc une différence au niveau de la prise de rendez-vous pour les clients référés à ces deux modules. Les clients de l'ancienne programmation avaient tous un rendez-vous fixé suite à l'entrevue initiale d'évaluation/orientation. Il importera donc dans l'analyse des résultats relatifs à la persévérance en thérapie individuelle de contrôler pour la référence à une de ces deux nouvelles programmations. De même, il importera de contrôler la provenance des clients dans l'ancienne programmation, soit en interne ou en externe.

Le plan de la recherche

Le plan de recherche définissant les différents moments de passation des questionnaires est présenté dans la figure 2. Ce plan est adapté à la structure des services offerts dans l'ancienne programmation à Domrémy-Montréal telle que présentée précédemment dans le texte.

Temps 1

La première passation des questionnaires s'est faite au moment de l'évaluation :

- Indice de gravité d'une toxicomanie (Bergeron, Landry, Ishak, Vaugois et Trépanier, 1992) ;
- Index des symptômes psychiatriques (Ilfeld, 1978) ;
- URICA ; questionnaire sur les stades de changement de Prochaska et Diclemente (1982, 1985) ;
- Questionnaire sur les attentes (Bergeron et Major, 1994) ;
- Questionnaire sur les motifs de consultation (Sobell, 1991) ;
- Questionnaire sur le soutien social perçu (Sarason, Sarason, Shearin & Pierce, 1988) ;
- Questionnaire de détresse psychologique (Bergeron, 1994).

Temps 2a

Aux environs de la deuxième rencontre de la thérapie de groupe, une évaluation a été faite par le thérapeute relativement aux comportements des clients dénotant un engagement dans le traitement. Cette évaluation s'est faite à l'aide d'un questionnaire construit suite à deux *focus groups* avec une vingtaine d'intervenants dans le but d'identifier ces comportements. À ce même moment le thérapeute a, suite à ses observations et discussions avec le client, positionné ce dernier relativement à chacun des stades de changement de la théorie de Prochaska et Diclemente (1985).

Temps 2b

Dans le milieu de la première phase de traitement, environ à la cinquième rencontre, moment où des changements de comportements devraient commencer à apparaître et où le traitement devrait avoir eu un premier impact, d'autres mesures ont été prises.

Il y a eu des re-tests pour trois des questionnaires ayant déjà été complétés au temps 1 :

- Indice de gravité d'une toxicomanie (Bergeron, Landry, Ishak, Vaugois & Trépanier, 1992) ;
- Index des symptômes psychiatriques (Ilfeld, 1978) ;
- URICA ; questionnaire sur les stades de changement de Prochaska et Diclemente (1982, 1985) ;

Comme le client a déjà été en contact avec le type des traitements offerts à Domrémy-Montréal à ce moment et qu'il a pu se faire une opinion sur les services offerts, deux questionnaires de satisfaction de la clientèle ont été complétés :

- le Questionnaire de satisfaction des clients (QSC-8 : Larsen, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979) ;
- le Questionnaire d'opinion sur les services externes (QOSE-21: Perreault, Brière & Brouillard, 1989).

Temps 3a

Aux environs de la première rencontre de la psychothérapie individuelle, une évaluation a été faite par le thérapeute relativement aux comportements des clients dénotant un engagement dans le traitement. Cette évaluation s'est faite à l'aide du questionnaire construit suite à deux *focus groups* avec une vingtaine d'intervenants dans le but d'identifier ces comportements. À ce même moment le thérapeute a, suite à ses observations et discussions avec le client, positionné ce dernier relativement à chacun des stades de changement de la théorie de Prochaska et Diclemente (1985).

Temps 3b

Le Questionnaire d'évaluation de l'alliance thérapeutique de Californie a été complété par les clients aux environs de la troisième rencontre de thérapie individuelle (CALPAS : Marmar & Gaston, 1988).

Fin du traitement ou abandon

Près des deux tiers des clients ont été recontactés une fois que leur dossier clinique a été inactif pour une période de deux mois après leur dernière activité, dans le but de leur faire compléter un questionnaire sur les raisons de fin de traitement. Ainsi les sujets qui ont mis fin au traitement pour des raisons hors de leur contrôle ou qui sont allés consulter ailleurs ont pu être identifiés.

Instruments de mesure

Les différents questionnaires ont été choisis en fonction de trois principaux critères : a) ils réfèrent à un modèle ou un construit théorique pertinent dans l'étude de l'abandon ou de la persévérance en traitement ; b) il s'agit de mesures pour la plupart qui ont fait l'objet d'études de validité ; c) une version de langue française validée auprès d'une population québécoise est disponible. Une brève description de chacune de ces caractéristiques est ici donnée pour chacun des questionnaires proposés dans le cadre du présent projet.

Indice de gravité d'une toxicomanie

L'Indice de gravité d'une toxicomanie est la version française de l'Addiction Severity Index (ASI), de McLellan, Luborsky, Woody et O'Brien (1980). L'ASI est un questionnaire conçu pour être utilisé dans le cadre d'évaluations *biopsychosociales* et à des fins de recherche. Ce questionnaire permet de mesurer la gravité d'un ensemble de problèmes souvent observés chez les personnes souffrant d'abus d'alcool ou de drogues. Il se compose de sept échelles, chacune portant sur un type particulier de problèmes. Ces échelles sont les suivantes : "Drogues", "Alcool", "État médical", "Relations familiales et sociales", "État psychologique", "Emploi et ressources", "Situation légale". Bien que l'ASI puisse être administré au téléphone dans un contexte de recherche, les auteurs recommandent vivement d'administrer l'ASI en personne lorsqu'il est utilisé à des fins cliniques. Les études effectuées pour vérifier la validité et la fidélité de l'ASI (McLellan et al., 1980 ; McLellan et al., 1985), de même que son utilisation en clinique et en recherche au cours des douze dernières années, ont permis de démontrer la valeur de cet instrument. Ces études ont été confirmées par des évaluations effectuées par d'autres chercheurs (Kosten et al., 1983 ; Hendricks et al., 1989). Pour s'assurer que l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) était doté de qualités psychométriques satisfaisantes, la Direction de la planification et de l'évaluation du MSSS a commandé une étude ayant pour mandat d'évaluer la qualité de la traduction, la fidélité et certains aspects de la validité de l'IGT. Cette étude (Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois et Trépanier, 1992) révèle que les qualités psychométriques de l'IGT sont satisfaisantes et que ce dernier peut être considéré à cet égard comme l'équivalent de l'ASI.

L'échelle d'évaluation du changement

L'échelle d'évaluation du changement est la version française du "University of Rhode Island Change Assessment Scale" (URICA) développé par McConaughy, Prochaska et DiClemente (1983). Cet instrument opérationnalise quatre différents stades théoriques du changement (pré-comptemplation, contemplation, action, maintien) identifiés par Prochaska et DiClemente (1982, 1985). Ce questionnaire est composé de 32 items mesurant quatre sous-échelles référant aux stades précités. Les items sont formulés dans le but de référer à une problématique précise, déterminée par le sujet à l'étude. En l'occurrence, l'échelle réfère aux changements de comportements relatifs à la consommation d'alcool et de drogue des clients. Des études antécédantes ont rapporté des coefficients de consistance interne élevés allant de .88 à .89 (DiClemente et al., 1990). De plus, des analyses factorielles en composantes principales reprises dans différents contextes ont démontré d'une façon répétée la présence de quatre facteurs distincts représentant chacune des sous-échelles (Prochaska & DiClemente, 1992). Les quatre sous-échelles sont mesurées à l'aide de huit questions chacune, chaque item étant coté sur une échelle en cinq points. Le répondant indique dans quelle mesure il est en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés. Le pointage pour chacun des stades est calculé sous la forme additive. Le score le plus élevé à une des sous-échelles indique la position dominante du sujet relativement à l'ensemble du modèle. La validité de la version en langue française de

l'URICA adaptée au contexte de la toxicomanie et de l'alcoolisme fait présentement l'objet d'une étude préliminaire à Domrémy-Montréal.

Le questionnaire sur les attentes

Le questionnaire sur les attentes d'efficacité des toxicomanes est la traduction en langue française du "Outcome Expectency Scale" développé par Solomon et Annis (1989). Cet instrument a été construit dans le but d'évaluer une théorie développée par Bandura (1984, 1986) postulant une relation directe entre les attentes d'efficacité et les changements dans la consommation de psychotropes. Cette échelle a deux composantes : la première composante évalue dans quelle mesure le client apprécierait que certaines conséquences découlent d'une cessation de sa consommation de psychotrope ; la seconde vise à déterminer dans quelle mesure il considère que ces conséquences devraient se produire advenant un arrêt de sa consommation. La combinaison de ces deux scores se fait d'une façon multiplicative telle que suggéré par Ajzen et Fishbein (1980) dans leurs recherches sur les attitudes. Des analyses factorielles (Solomon & Annis, 1989) démontrent la présence de deux facteurs : l'échelle des Gains, composée de 21 items, évalue les avantages reliés au changement du comportement ; l'échelle des Coûts, composée de 13 items, vise à évaluer les désavantages reliés à l'arrêt de la consommation. Des indices d'une validité convergente avec un questionnaire mesurant la théorie de l'efficacité personnelle de Bandura (1986) ont été démontrés (Solomon & Annis, 1990). En ce qui concerne la fidélité, des coefficients de reproductibilité de .41 et .48 ont été observés pour chacune des échelles et ce suite à une période de 4 semaines pendant lesquelles les sujets ont subis un traitement de réadaptation pour des problèmes de toxicomanie (Solomon & Annis, 1989). La version québécoise du questionnaire des attentes d'efficacité des toxicomanes fait présentement l'objet d'une étude préliminaire de validation à Domrémy-Montréal.

Questionnaire sur les motifs de consultation

Le questionnaire sur les motifs de consultation est une adaptation en langue française du "Reason for seeking treatment questionnaire" de Sobell (1991). Ce questionnaire a été développé à l'"Addiction Research Fondation" de Toronto et vise l'identification de différents types de pressions sociales ou physiques pouvant pousser un toxicomane à faire une demande de traitement de réadaptation (v.g. pressions du conjoint(e), du médecin, pressions judiciaires, etc.). L'importance que le client accorde à ces différents types de pressions est cotée sur une échelle en 5 points de type Likert. Il est ainsi possible d'identifier certaines sources de pression et d'en déterminer l'importance relative. Ce questionnaire permet aussi d'obtenir un score global des pressions soit internes ou externes.

L'index de symptômes psychiatriques

L'index de symptômes psychiatriques (I.S.P. ; Ilfeld, 1976) est une version abrégée et adaptée du "Hopkins Symptom Checklist" (HSCL ; Derogatis et al., 1974). Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation de symptômes comprenant 29 items. Chaque item est une description sommaire d'un comportement, d'un sentiment ou d'une impression. Le répondant doit indiquer, sur une échelle de fréquence en quatre points, dans quelle mesure il a été incommodé par ce problème durant les sept derniers jours. Cet instrument n'a pas pour objet d'identifier les pathologies psychotiques mais il se veut plutôt une aide pour repérer des troubles psychologiques gravitant autour de quatre facteurs : dépression, anxiété, agressivité et problèmes cognitifs. Ce questionnaire a été traduit en langue française par une équipe de chercheurs dirigée par Tousignant & Kovess (1985). La version française de l'I.S.P. a été administrée dans le cadre de l'enquête Santé Québec. L'analyse des résultats obtenus indique que

l'instrument possède un degré de consistance interne élevé. L'analyse factorielle (N = 1219) a permis d'extraire quatre facteurs qui correspondent aux quatre construits théoriques que le questionnaire est censé mesurer : la dépression, l'anxiété, l'agressivité et les problèmes cognitifs (Tousignant et al., 1985). L'examen de la validité convergente de l'I.S.P. a été entrepris en comparant les cotes obtenues à l'échelle d'Iffeld (1978) aux diagnostics formulés par des psychologues cliniciens utilisant le "Diagnostic Interview Schedule" (D.I.S. ; Robins, 1982). Cet instrument standardisé qui a lui-même été validé à l'aide de diagnostics formulés par des psychiatres, permet d'obtenir une classification des sujets qui correspond aux critères du D.S.M. III. L'analyse discriminante de même que les tests de spécificité, de sensibilité et de concordance (kappa) ont donné des résultats satisfaisants. Enfin, la cote de l'I.S.P. permet aussi de prédire la prise de tranquillisants et la consultation auprès de professionnels de la santé mentale. À partir de la courbe de distribution des cotes de l'I.S.P., Tousignant et Kovess (1985) constatent la présence de trois points de rupture qui divisent l'échantillon en quatre blocs : symptomatologie élevée (cote de 36 et plus), moyennement élevée (cote de 20 à 35), moyennement faible (cote de 5 à 19), faible (cote de 0 à 4). Ces efforts de normalisation du questionnaire permettront de comparer les cotes des sujets participant à cette recherche à celles de sujets provenant d'un échantillon représentatif de la population québécoise. Un examen des qualités psychométriques de l'I.S.P. a été réalisé auprès d'un échantillon de 145 usagers du Service de psychologie de l'Université de Montréal (Martin, Sabourin & Gendreau, 1987). Les résultats démontrent la présence de coefficient de consistance interne élevé pour chacune des sous-échelles de l'I.S.P.. De même, la structure factorielle observée par Tousignant et Kovess (1985) a été reproduite.

Description du Questionnaire QDP

Le Questionnaire de Détresse Psychologique (QDP) est un nouvel instrument psychométrique en cours de validation, destiné à mesurer le niveau des sentiments d'anxiété, de dépression, d'hostilité et de sensibilité interpersonnelle, de même que les signes physiologiques et comportementaux qui accompagnent ces émotions. Le questionnaire comprend trois échelles. La première est une échelle d'intensité et porte sur l'appréciation des sentiments vécus au cours de la période actuelle, c'est-à-dire au cours des sept derniers jours. La deuxième, l'échelle générale, évalue la fréquence selon laquelle les sujets sont aux prises avec de tels sentiments, indépendamment de ce qu'ils peuvent ressentir dans la période actuelle. La troisième échelle mesure la présence et la fréquence, au cours des 30 derniers jours, des principaux signaux associés au stress et à la tension tels que des manifestations neuro-végétatives et des changements de comportement. Le questionnaire s'inspire des principaux modèles proposés ces dernières années, notamment ceux de Beck, de Lazarus et de Spielberger; sur les concepts d'anxiété, de dépression et de stress (Beck, Emery et Greenberg, 1985; Lazarus, 1995; Spielberger et Rickman, 1990).

C'est la deuxième échelle (l'échelle générale) qui est utilisée dans la présente étude. Elle comporte 25 énoncés auxquels les sujets répondent en fonction de ce qu'ils ressentent en général selon une échelle de fréquence en quatre points (presque jamais, quelques fois, souvent, presque toujours). L'échelle est destinée à mesurer la détresse psychologique générale, telle qu'elle peut se manifester dans ses dimensions d'anxiété, de sentiments dépressifs, d'irritabilité, de problèmes de concentration, etc.

Le questionnaire d'évaluation du soutien social

Le questionnaire d'évaluation du soutien social (Q.S.S.), version abrégée (Sarason et al., 1987) comprend 27 questions auxquelles les sujets doivent répondre à deux niveaux. Chaque question évoque une situation particulière. Pour chacune d'entre elles, le sujet établit une liste des personnes (ne dépassant pas neuf) vers lesquelles il peut se tourner ou sur lesquelles il peut compter dans les circonstances décrites.

Deuxièmement, le sujet indique sur une échelle en six points (très satisfait à très insatisfait), son niveau de satisfaction vis-à-vis chacune de ces sources de soutien social. Deux cotes globales peuvent être obtenues : la première réfère à la quantification (cote N) du soutien social disponible et la deuxième à la qualité de ce soutien (Cote S ; satisfaction). Le coefficient alpha de chacune de ces cotes globales est très élevé et se chiffre entre .94 et à .97. Dans chacun des cas, l'analyse factorielle conduit à l'extraction d'un seul facteur expliquant 82% de la variance pour la cote N et 72% de la variance pour la cote S (Sarason et al., 1987). Le niveau de corrélation entre les deux échelles est modéré ($R = .34$) ce qui indique un faible niveau de redondance entre les cotes. La stabilité test-retest est de .90 pour la cote N et de .83 pour la cote S et ce, sur une période de quatre semaines. La validité convergente du questionnaire est appuyée par la présence d'une corrélation inverse avec diverses mesures de santé mentale (Sarason et al., 1987). La version française de l'I.S.S. a été élaborée par des chercheurs de l'Université Bishop et de l'Université de Sherbrooke (de Man, Balkou & Iglesias, 1987). Ils ont administré ce questionnaire à un échantillon de 130 personnes âgées de 18 à 75 ans. Les analyses de consistance interne, les analyses corrélationnelles et les analyses factorielles démontrent que l'instrument préserve les caractéristiques psychométriques propres à la version américaine. Dans la présente recherche, c'est la version abrégée du Q.S.S. qui est utilisée (Sarason et al., 1988). Celle-ci comprend six des 27 items de la version originale. Les caractéristiques psychométriques de la version abrégée sont similaires à celles de la version originale. L'analyse des composantes principales fait, en effet, ressortir la présence d'un seul facteur pour chacune des deux dimensions (quantité de support disponible et degré de satisfaction). Pour ces deux dimensions, les coefficients alpha sont de .90 et .93. La validité de construit de l'instrument a été éprouvée en corrélant ces deux dimensions à diverses mesures de dépression, d'anxiété, de solitude et d'habilités sociales (Michaux, Cournoyer & Sabourin, 1991).

L'index de décision

L'index de décision (2ième version) est un questionnaire de 66 items qui porte sur la décision de s'engager dans une démarche de thérapie individuelle (Cournoyer & Sabourin, 1994). Cet instrument est inspiré des travaux de Ajzen et Fishbein (1980). Tous les items se répondent selon une échelle en 6 points de type Likert variant entre -3 et +3. L'index de décision comporte des sections spécifiques à chacune des variables du modèle de Ajzen. Le développement de cet instrument s'est inspiré de questionnaires similaires appliqués à des clientèles de divers milieux. La valeur prédictive de la première version de ce questionnaire (40 items) est appuyée par une étude réalisée auprès de 320 clients du Service d'orientation et consultation psychologique de l'Université de Montréal (Cournoyer et al., 1993). Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude sont comparables à ceux obtenus dans les recherches antérieures visant à vérifier de façon empirique la théorie de l'action planifiée. Ainsi, les liens entre les différentes composantes du modèle sont cohérents. Les coefficients alpha pour les différentes échelles vont de .66 à .86. Une analyse factorielle de second ordre indique que les différentes échelles de l'index de décision (1ère version) se regroupent conformément aux postulats de la théorie de l'action planifiée.

Alliance thérapeutique

L'échelle d'alliance thérapeutique de Californie (CALPAS-P, Marmar & Gaston, 1988) comprend quatre sous-échelles : 1) L'engagement du client (EC ; "Patient Commitment" (PC)) reflétant la capacité du client à établir un lien affectif positif avec le thérapeute et la thérapie, 2) la capacité de travail du client (CTC ; "Patient Working Capacity" (PWC)) décrivant la capacité du client à collaborer aux tâches de la thérapie, 3) la compréhension et l'implication du thérapeute (CIT ; "Therapist Understanding and Involvement" (TUI)) représentant la contribution du thérapeute à l'alliance en terme de compréhension empathique et

d'implication dans la thérapie et 4) le consensus sur les stratégies de travail (CST ; "Working Strategy Consensus" (WSC)) reflétant l'entente entre le client et le thérapeute sur les buts et les tâches de la thérapie (Gaston, 1991). Le CALPAS-P est un questionnaire de 24 items et chacune de ses sous-échelles est composée de six items. Pour chaque item, le client indique le degré qui décrit le mieux son expérience dans la session de thérapie qu'il vient juste de terminer. Les items de type Likert sont cotés sur une échelle en sept points. La moyenne des scores de ces quatre échelles donne un résultat global. Dans le CALPAS-P, la moitié des items de chaque sous échelle ont été formulés positivement et l'autre moitié des items négativement. Une fois les cotes négatives inversés le résultat global peut varier entre 24 et 168, les cotes les plus élevées reflétant un plus haut degré d'alliance. Le CALPAS-P possède des qualités psychométriques très adéquates. Gaston (1991) a démontré que l'échelle possède un degré de consistance interne acceptable variant de .43 à .73 pour les sous-échelles et atteignant .83 pour l'échelle globale alors que Cournoyer, Ouellet et Sabourin (1991) ont retrouvés des coefficients alpha variant entre .68 et .75. Quelques sous-échelles du CALPAS-P sont modérément reliées à la symptomatologie et aux problèmes d'intimité, alors que toutes les sous-échelles du CALPAS-P sont modérément ou fortement associées au degré de satisfaction du client (Gaston, 1991).

Satisfaction de la clientèle

Le degré de satisfaction de la clientèle sera mesuré à l'aide de deux instruments, une mesure unidimensionnelle (CSQ-8) et une mesure multidimensionnelle (QOSE). La mesure unidimensionnelle permettra de comparer les résultats obtenus à Domrémy-Montréal à ceux obtenus dans d'autres études. La mesure multidimensionnelle a l'avantage d'être plus précise dans la rétroaction des clients et pourra ainsi servir d'outil diagnostique.

Questionnaire de la satisfaction du consommateur (CSQ-8, Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979) permet d'évaluer plusieurs indices de la satisfaction du consommateur : environnement physique, caractéristiques liées à l'intervenant et au personnel du secrétariat, nature et qualité du service, nombre et durée des entrevues, résultats des consultations, procédure administrative du service et satisfaction générale. Des coefficients alpha relativement élevés (de .85 à .93) ont été rapportés au sujet de ce bref questionnaire. Larsen et al. (1979) et plusieurs autres auteurs (De Brey, 1983 ; Nguyen et al., 1983 ; Sabourin & Gendreau, 1988) ont fait des analyses factorielles du CSQ-8 et ont régulièrement trouvé une solution factorielle unidimensionnelle. Le CSQ-8 a une bonne validité convergente. Les scores à ce questionnaire sont modérément corrélés à diverses mesures évaluatives en psychothérapie : auto-évaluation de l'amélioration globale, changement dans les symptômes psychologiques et évaluation par le thérapeute des améliorations du client (Attkisson et al., 1982 ; Larsen et al., 1979 ; Levois et al., 1981 ; Sabourin et al., 1989). De plus, la relation entre le CSQ-8 et le taux d'abandon est relativement consistante (Attkisson et al., 1982 ; Kokotovic et al., 1987 ; Larsen et al., 1979 ; Sabourin et al., 1987). Enfin, les scores du CSQ-8 sont faiblement corrélés à des mesures de désirabilité sociale, ce qui permet de confirmer la validité théorique de cet instrument (Cournoyer & Sabourin, 1991 ; Sabourin et al. 1989). La version française du CSQ-8 présente un degré élevé de cohérence interne ($\alpha = .92$) une structure factorielle unidimensionnelle et une bonne validité concomitante (Sabourin et al., 1987).

Le questionnaire d'opinion sur les services externes (QOSE-21 ; Perreault, Brière & Brouillard, 1990) est la seule mesure multidimensionnelle d'évaluation de la satisfaction de la clientèle disponible en langue française et présentant des indices de validité satisfaisants. Cet instrument permet d'évaluer les dimensions suivantes : compréhension du thérapeute, intérêt et attitude du thérapeute, accessibilité des

services, explications relatives au traitement et ambiance de la clinique. Une analyse factorielle en composantes principales avec rotation varimax, réalisée à partir des réponses de 200 clients en clinique externe, a permis d'extraire 5 facteurs expliquant 56.3% de la variance. Le coefficient alpha pour l'ensemble de l'échelle est de .87. Une corrélation élevée de .77 a été observée entre le QOSE-21 et le CSQ-8, qui est la mesure de satisfaction globale la plus utilisée dans les recherches. Quelques questions peuvent être ajoutées pour évaluer des dimensions spécifiques aux traitements dispensés à l'interne.

Les mesures de motivation cotées par les intervenants

La motivation à changer les comportements de consommation d'alcool ou de drogues a été cotée à partir d'un guide fourni aux intervenants et décrit les caractéristiques relatives à chaque stade de changement de la théorie de Prochaska et DiClemente (1982, 1985). Les intervenants ont indiqué à quel stade se situe le client.

Engagement du client en cours de traitement

Un questionnaire servant à coter les comportements dénotant l'engagement des clients dans le traitement a été développé par Cournoyer, Provost & Landry (1994). Cet instrument a été construit suite à deux *focus groups* réalisés auprès d'une vingtaine d'intervenants de Domrémy-Montréal en 1994. Ce questionnaire de 27 items est composé de trois échelles : comportements d'engagement (13 items) ; comportements d'opposition ou qui manifestent une résistance à l'engagement (8 items) ; et attitude générale en traitement (6 items). Les items de type Likert sont cotés sur une échelle en six points, sauf pour l'échelle attitudinale qui a été construite selon le principe du différenciateur sémantique (Osgood, Suci & Tannenbaum, 1957). Les trois sous-échelles présentent des coefficients de consistance interne supérieurs à .80.

Le questionnaire sur les raisons de fin de traitement

Le questionnaire sur les raisons de fin de traitement (Cournoyer, Landry, Brochu & Bergeron, 1996) a été construit dans le cadre de la présente recherche. Ce questionnaire a permis de recueillir des informations sur la modalité de fin de traitement (v.g. avec ou sans entente avec l'intervenant, etc.), sur les raisons qui justifient l'arrêt du traitement selon la perspective du client (v.g. manque de motivation, rechute, insatisfait, raisons hors de son contrôle, etc.), sur la consultation d'autres ressources en cours de traitement, sur l'amélioration de la condition du client relativement à sa consommation ou à sa vie en général, ainsi que sur sa satisfaction face aux services reçus.

Le questionnaire de suivi

Ce questionnaire a été complété par les clients qui ont complété plus de 6 mois de traitement et qui étaient donc encore en traitement. Il contenait l'ensemble des questions du questionnaire sur les raisons de fin de traitement sauf celles portant spécifiquement sur la fin du traitement.

Traitement statistique des données et définition des variables dépendantes

Les méthodes de régression sont de plus en plus utilisées en sciences sociales en tant qu'analyses statistiques permettant de décrire les relations existant entre une variable dépendante et une ou plusieurs variables explicatives ou prédictives (Hosmer & Lemeshow, 1989). Deux types de régression

seront privilégiés dans le cadre de la présente étude : soit la régression logistique et l'analyse des transitions (régression de survie ; *Cox proportional-hazards regression* ; Cox, 1972). La régression logistique sera utilisée dans la prédiction de l'entrée dans les différentes phases du traitement alors que la régression de survie permettra d'étudier l'abandon en cours de thérapie individuelle (2^{ième} phase du traitement).

Le but poursuivi lorsqu'il est question de régression logistique ou d'analyse des transitions est le même que pour toute autre technique statistique visant à faire des modélisations: trouver le modèle le plus parcimonieux et ajusté aux données, qui permet de décrire la relation existant entre un résultat (variable dépendante) et un ensemble de variables indépendantes (prédictives ou explicatives). Dans le cas de la *régression logistique*, la variable dépendante étudiée est *dichotomique*, ou binaire (Hosmer & Lemeshow, 1989). L'*analyse des transitions* (Cox, 1972; Cox proportional-hazards model) permet dans la constitution de la variable dépendante de tenir compte d'un *changement d'état* (en l'occurrence l'abandon ou la poursuite du traitement), ainsi que de *la durée qui le précède* (Mayer & Tuma, 1990; Allison, 1984). Une fois les différences relatives au modèle paramétrique et à leurs postulats de base considérées, les méthodes utilisées dans les analyses pour ces deux types de régression reposent sur les mêmes principes généraux que ceux employés en régression linéaire (Allison, 1984; Hosmer & Lemeshow, 1989). Cournoyer (1994) a démontré l'intérêt relié à l'utilisation de chacune de ces techniques statistiques dans l'étude de l'abandon d'un processus psychothérapeutique.

Tel que précédemment expliqué, l'analyse des transitions permet de contrôler dans la constitution de la variable dépendante pour les cas (censurés) qui terminent normalement leur traitement ou qui mettent fin à leur traitement pour des raisons hors de leur contrôle. Les résultats obtenus à l'aide du questionnaire sur les raisons de fin de traitement démontrent que le taux d'entente thérapeute-client sur la fin du traitement, tel que rapporté par les clients, se chiffre à 6,5% des répondants. Le pourcentage des clients qui ont dû mettre fin à leur traitement pour des raisons hors de leur contrôle (prison, maladie, déménagement, etc.) ou qui ont été référés à d'autres services, puisque ces informations sont fréquemment notées dans les dossiers cliniques et que les clients les ont rapportées dans le questionnaire de fin de traitement, se chiffre à 9,7%.

La stratégie d'analyse des résultats sera la suivante : dans un premier temps seront calculées des corrélations partielles en contrôlant pour les variables reliées à l'orientation des clients dans la programmation. Seuls les résultats des variables présentant un seuil de signification inférieur à 0,05 seront présentés. Ces mêmes variables seront alors reprises dans une équation de régression dans le but d'identifier celles qui priment dans la prédiction de la variable dépendante à l'étude, suite à l'entrée dans cette même équation des variables reliées à l'orientation des clients dans la programmation. Des modélisations plus complexes feront l'objet de publications subséquentes à la présentation du présent rapport de recherche. Le but ici poursuivi est de traiter de l'ensemble des résultats tout en maximisant la taille échantillonnale et donc la puissance statistique. Par contre, il sera possible dans de futures analyses de traiter de l'effet modérateur des modalités du traitement suivi ou même de focaliser les analyses sur les différents types de sous-populations.

Les variables dépendantes qui seront considérées dans l'analyse des résultats sont ici présentées. Pour chacune d'entre elles, sera indiqué quelles sont les variables qui devront être contrôlées dans le but de tenir compte des différentes orientations des clients dans le traitement conformément aux informations présentée dans la section visant à faire la description de la programmation de Domrémy-Montréal.

La prédiction de l'entrée en traitement suite à la demande d'aide. L'ensemble des clients qui ont été

recrutés au temps 1 seront considérés. L'orientation dans le programme court séjour (interne), l'orientation dans le programme toxicomanie/santé mentale et dans le programme toxicomanie/justice dans le cadre de la nouvelle programmation, sont les variables qui devront à ce moment être contrôlées.

La prédiction de la fin de la première phase de traitement. Seront considérés séparément les clients qui ont été traités en court séjour (interne, deux semaines) et les clients qui ont été traités en externe (huit semaines, ancienne programmation ; six semaines, nouvelle programmation). Dans les analyses réalisées sur les clients traités en court séjour, il faudra contrôler pour le changement de programmation (ancienne vs nouvelle programmation). Dans les analyses réalisées sur les clients qui ont été traités en externe, il faudra contrôler pour l'orientation dans le programme Social dans le cadre de la nouvelle programmation.

La prédiction de l'entrée dans la deuxième phase de traitement (thérapie individuelle). Les clients qui ont été traités soit à l'interne ou à l'externe seront considérés. Il importera de contrôler pour l'orientation dans la première phase de traitement (interne vs externe) et pour le changement de programmation (ancienne vs nouvelle programmation).

Finalement, la prédiction de l'abandon au cours de la phase de thérapie individuelle. L'ensemble des clients qui s'y sont engagés seront considérés. Toutefois, sont contrôlées l'orientation dans le programme court séjour (interne vs externe), l'orientation dans le programme toxicomanie/santé mentale et dans le programme toxicomanie/justice dans le cadre de la nouvelle programmation.

Chapitre 3

Analyse des résultats

Dans la première section de ce chapitre sont tout d'abord présentés la moyenne, l'écart-type, les scores minimum et maximum, ainsi que les coefficients de fidélité de chacun des instruments de mesure. Par la suite, seront présentées les données sur la persévérance dans les diverses phases du traitement en fonction des différentes orientations cliniques. Ensuite, les différentes raisons de fin de traitement invoquées par les clients seront exposées. Les sections suivantes traiteront des résultats relativement à l'entrée en traitement, à la fin normale de la première phase de traitement, à l'entrée dans la deuxième phase de traitement et à la durée en termes de nombre de rencontres passées en thérapie individuelle.

Moyenne, écart-type, scores minimum et maximum, coefficient de fidélité des instruments de mesure et nombre de sujets ayant répondu à chacune des mesures

La moyenne, l'écart-type, les scores minimum et maximum, le coefficient de fidélité des instruments de mesure et le nombre de sujets sont présentés dans le tableau 1 (temps 1), le tableau 2 (temps 2a et 2b), et le tableau 3 (temps 3a et 3b). Cette section est importante relativement à l'interprétation des résultats. Elle permet de saisir l'étendue des scores à chacun des instruments de mesure. Par exemple, lorsque les résultats issus de la régression logistique seront présentés, l'augmentation des chances d'entrer en traitement sera fonction d'une augmentation d'une unité à chacune des échelles.

Tel qu'il apparaît dans le tableau 1, un certain nombre de clients ont des données manquantes à certains des questionnaires. Les corrélations partielles seront analysées par paires de variables dans le but de maximiser le nombre de clients à chacune des étapes de l'analyse. Lorsque seuls quelques sujets présenteront des données manquantes, ces dernières seront remplacées par la moyenne de chacune des variables dans les analyses de régression qui suivront. Par contre, dans le cas des données manquantes à l'URICA, elles ne pourront être remplacées dans la mesure où 50 sujets ont complété une batterie de questionnaires allégés qui ne comprenait pas ce questionnaire. Un tel choix de procédure est justifié par la présence de troubles cognitifs importants chez ces clients. Une nouvelle équation de régression devra donc être calculée dans le but d'évaluer l'apport spécifique des sous-échelles de ce questionnaire.

Il importe également d'indiquer que les données à l'Indice de la gravité d'une toxicomanie ont été recodées en les multipliant par 10. Cette procédure est justifiée par les paramètres de la régression logistique. En effet l'interprétation des résultats de cette technique statistique repose sur les probabilités d'un événement dichotomique à chaque changement d'une unité dans la variable indépendante. Dans la mesure où les cotes d'une échelle s'échellonnent entre 0 et 1, comme c'est le cas pour l'Indice de la gravité d'une toxicomanie, les résultats deviennent difficilement interprétables.

Tableau 1 : Moyenne, écart-type, scores minimum et maximum, coefficient de fidélité des instruments de mesure au Temps 1.

Tableau 2 : Moyenne, écart-type, scores minimum et maximum, coefficient de fidélité des instruments de mesure et nombre de sujets ayant répondu à chacune des mesures au temps 2.

Comme pour le temps 1, les sujets qui avaient de la difficulté à comprendre les questions de l'URICA ont passé une batterie allégée. Cependant pour le temps 2, ces sujets sont en moins grand nombre (N=9). Le plus grand nombre de données manquantes se retrouvent dans le

Tableau 3 : Moyenne, écart-type, scores minimum et maximum, coefficient de fidélité des instruments de mesure et nombre de sujets ayant répondu à chacune des mesures au temps 3.

questionnaire complété par les intervenants. Il est important de noter qu'un certain nombre de données manquantes sont attribuables à l'attrition des clients avant le moment de la deuxième passation des questionnaires. Il importe aussi de considérer l'ensemble des clients qui se sont ajoutés à l'échantillon de la recherche à ce moment. Dans la mesure où ces derniers n'ont pas complété le premier moment de passation des questionnaires, ils n'étaient pas considérés comme faisant participant à la recherche et les intervenants n'ont donc pas coté leur comportement d'engagement en traitement.

Le moment de passation des questionnaires au temps 3 a eu un impact sur le nombre de sujets rejoints. En effet, tel qu'il le sera démontré plus loin dans le texte, un nombre important de clients mettent fin à leur traitement avant la troisième rencontre. De plus, il faudra considérer la possibilité que les clients qui ont complété les questionnaires d'alliance ne sont pas nécessairement ceux dont les comportements en cours de traitement ont été cotés par les intervenants.

Les scores de changements entre les différentes échelles mesurées au temps 1 et au temps 2 sont présentés dans le tableau 4. Le pourcentage des clients dont l'état s'est détérioré, amélioré ou est resté inchangé entre ces deux moments de mesure est aussi présenté dans ce tableau.

La persévérance dans les différentes phases du traitement en considération de la programmation

L'entrée en traitement

La première étape est celle de l'entrée en traitement et s'oppose conceptuellement à l'abandon spontané de la demande de service. Ainsi, 84% des clients qui ont fait une demande de service ont entrepris leur traitement et 16% ont abandonné. Des taux différents d'abandon de la demande de service sont observés selon l'orientation dans le traitement. Ainsi, en traitement externe (N=312), le taux d'abandon est de 19,8% alors qu'en traitement interne (N=367), il est de 5,4%. En thérapie individuelle (N=154), le taux d'abandon est de 35,1% et en transition

(N=18), il est de 16,7%. Il importe ici de rappeler que les clients orientés dans les programmes Toxicomanie/Santé mentale et Toxicomanie/Justice dans le cadre de la nouvelle programmation sont référés en thérapie individuelle et que la modalité de prise de rendez-vous a dès lors été changée. Des analyses de régression logistique visant à prédire l'entrée en traitement démontrent que les clients référés en interne ont 3,39 fois plus de probabilité d'entrer en traitement comparativement à la probabilité d'entrer en traitement des clients référés dans les autres orientations. Il ressort aussi des résultats que les clients référés en thérapie individuelle ont 2,77 fois moins de probabilité d'entrer que les autres. Il importe toutefois de rappeler que les clients référés aux programmes Toxicomanie/Santé mentale et Toxicomanie/Justice sont inclus dans cette catégorie. De plus, il appert que seulement 30 participants de la présente recherche ont été référés en thérapie individuelle au moment de l'ancienne programmation alors que le nombre de clients référés dans cette orientation dans le cadre de la nouvelle programmation est de 124. Les résultats de ces deux analyses de régression visant à contraster l'effet de l'orientation dans le traitement sont présentés dans le tableau 5. Le contraste polytomique par « déviation » a été utilisé afin de comparer la probabilité d'abandon des clients de chacune des orientations à la probabilité d'abandon des clients de l'ensemble des orientations. Pour ce faire, il est nécessaire dans chaque équation de régression de désigner une catégorie de référence codée -1. Comme cette catégorie n'apparaît pas dans les résultats, une deuxième équation dans laquelle une différente catégorie de référence est choisie, doit être calculée.

Tableau 5 : Vérification de l'effet de l'orientation en traitement sur l'abandon spontané de la demande de service.

Variables	B	E.T. (B)	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
ORIENTATION			61,6403	3	,0000	,2728	
interne	1,2191	,2404	25,7090	1	,0000	,1781	3,3842
transition	-,0241	,4810	,0025	1	,9601	,0000	,9762
externe	-,1777	,2046	,7545	1	,3851	,0000	,8372
Ordonnée à l'origine	1,6335	,1772	85,0055	1	,0000		

Variables	B	E.T. (B)	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
ORIENTATION			61,6403	3	,0000	,2728	
transition	-,0241	,4810	,0025	1	,9601	,0000	,9762
externe	-,1777	,2046	,7545	1	,3851	,0000	,8372
individuel	-1,0173	,2137	22,6720	1	,0000	-,1663	,3616
Ordonnée à l'origine	1,6335	,1772	85,0055	1	,0000		

Indices d'ajustement du modèle :

Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle 673,622

	Khi-deux	df	sig
Khi-deux du modèle	74,166	3	,0000

Des analyses de régression supplémentaires ont été réalisées afin de vérifier si les taux d'abandon de la demande de service différaient entre l'ancienne et la nouvelle programmation pour chacune des différentes orientations. Les résultats de ces régressions logistiques visant à contraster l'effet de chacune de ces combinaisons n'ont fait que confirmer les résultats présentés plus haut.

Bien que lors de l'entrevue d'évaluation et d'orientation, les clients de l'ancien programme n'étaient pas classifiés selon la grille adoptée dans la nouvelle programmation (Santé mentale, Justice, Social), il est possible à l'aide des données de l'IGT d'en venir à une classification équivalente. Les critères d'admission des clients à chacun des programmes sont exposés dans les cahiers de la programmation clinique de Domrémy-Montréal. Les clients de l'ancienne programmation ont donc été reclassifiés de telle sorte qu'il puisse être possible de comparer les taux d'abandon d'une programmation à l'autre. Les programmes informatiques utilisés à cette fin ont été réalisés par Lyne Desjardins et Brigitte Beauvais du RISQ sous la supervision de Monsieur Michel Germain, Chef de programmes et de Madame Kristiane Maltais, psychologue tous deux de Domrémy-Montréal.

Les différents taux d'abandon de la demande de service en fonction de l'orientation dans le différents mandats tel que définis dans la nouvelle programmation sont les suivants : pour le mandat santé mentale (N=185), le taux est de 15,1% ; dans le mandat justice (n=250), le taux est de 23,2% ; et pour le mandat social (n=404), le taux est de 12,4%. Des analyses des régressions logistiques démontrent que les

clients référés dans le mandat justice ont une probabilité plus élevée d'abandonner leur demande de service de 54% (1,65) comparativement au taux moyen d'abandon. Aucune différence n'est notée pour la clientèle dont le problème prédominant en est un de santé mentale. Par contre, les probabilités d'entrer en traitement des clients qui sont référés au module social sont 39% plus élevées comparativement au taux moyen d'entrée en traitement. Les résultats de ces deux analyses de régression visant à contraster l'effet de la référence dans chacun des nouveaux mandats sont présentés dans le tableau 6.

Des analyses de régression supplémentaires ont été réalisées afin de vérifier si les taux d'abandon de la demande de service différaient entre l'ancienne et la nouvelle programmation pour chacun des différents mandats. Les résultats de ces régressions logistiques visant à contraster l'effet de chacune de ces combinaisons n'ont fait que confirmer les résultats présentés plus haut. Une différence a cependant presque atteint les seuils de signification statistique sans toutefois le faire. En effet le taux d'abandon de la demande de service des clients qui sont référés dans le mandat justice dans le cadre du nouveau programme (28%) est plus élevé que celui observé dans le cadre de l'ancien programme (17,8%). Lorsque comparés à l'ensemble des clients, les probabilités d'abandon spontané des clients référés dans le mandat justice de la nouvelle programmation est 2,43 fois plus élevé. Les résultats de cette analyse de régression visant à vérifier l'effet de la référence dans le mandat justice dans le cadre de la nouvelle programmation sont présentés dans le tableau 7.

Tableau 6 : Vérification de l'effet de l'orientation dans la nouvelle programmation sur l'abandon spontané de la demande de service.

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
MANDAT			13,1866	2	,0014	,1112	
SANTÉ MENTALE	,0979	,1541	,4040	1	,5250	,0000	1,1029
JUSTICE	-,4291	,1311	10,7100	1	,0011	-,1082	,6511
Ordonnée à l'origine	1,6261	,0985	272,4237	1	,0000		

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
MANDAT			13,1866	2	,0014	,1112	
JUSTICE	-,4291	,1311	10,7100	1	,0011	-,1082	,6511
SOCIAL	,3312	,1316	6,3334	1	,0118	,0763	1,3926
Ordonnée à l'origine	1,6261	,0985	272,4237	1	,0000		

Indices d'ajustement du modèle :

Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle 730,587

	Khi-deux	dl	sig
Khi-deux du modèle	12,989	2	,0015

Tableau 7 : Vérification de l'effet de la référence au mandat justice dans le cadre de la nouvelle programmation sur l'abandon spontané de la demande de service.

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
Justice nouv.	-,8916	,2220	16,1369	1	,0001	-,1375	,4100
Ordonnée à l'origine	1,8346	,1082	287,3297	1	,0000		

Indices d'ajustement du modèle :

Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle 732,894

	Khi-deux	dl	sig
Khi-deux du modèle	14,893	1	,0001

Le contrôle des différentes orientations des clients dans la structure des services de Domrémy-Montréal dans les analyses statistiques visant à vérifier les questions de recherche apparaît donc être justifié. Plus précisément, tel qu'indiqué dans la section traitant des changements dans la programmation, il importera pour ce qui est de l'entrée en traitement de contrôler pour les orientations suivantes : interne (court séjour) ancienne et nouvelle programmation ; mandat Toxicomanie/Justice, nouvelle programmation ;

mandat Toxicomanie/Santé mentale, nouvelle programmation.

La fin normale de la première phase de traitement

Dans l'étude de la fin normale de la première phase de traitement, seuls les clients qui ont été référés en externe dans l'ancienne programmation, en interne dans l'ensemble de la recherche ou qui ont été référés dans le mandat social dans la nouvelle programmation peuvent être considérés. Le taux global de fin normale de cette première phase de traitement est de 89,7% alors que le taux d'abandon est de 10,3%.

Étant donné les différentes conditions auxquelles sont soumis les clients orientés en traitements internes ou en externes, il importe de rapporter les taux d'abandon observés dans chacune de ces modalités de traitement séparément. Ainsi, le taux d'abandon observé en interne est de 3,2% alors que le taux en externe est de 24,9%. Une analyse de régression logistique démontre que la probabilité d'abandon dans la première phase de traitement est 10,13 fois supérieure dans la modalité de traitement externe comparativement à la modalité de traitement interne. Ces résultats, qui apparaissent toutefois évidents étant donnée la différence structurelle propre à ces deux types de traitement, sont présentés dans le tableau 8. En raison de cette différence marquante et du faible taux d'abandon observé dans la modalité interne au cours de cette phase du traitement, les prochaines analyses ne porteront que sur les clients orientés dans la modalité externe de traitement.

Tableau 8 : Vérification de l'effet de la référence au programme de traitement interne ou externe dans la prédiction de la fin normale de la première phase du traitement.

Variable	B	E.T. (B)	Wald	df	Sig.	R	Exp(B)
EXTERNE	-2,3153	,3391	46,6061	1	,0000	-,3155	,0987
Constant	3,4191	,3064	124,5277	1	,0000		

Indices d'ajustement du modèle :

Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle 381,570

	Khi-deux	df	sig
Khi-deux du modèle	66,647	1	,0000

Des analyses supplémentaires ont été réalisées afin de vérifier si des différences sont observées relativement aux taux d'abandon des clients en fonction de leur appartenance aux différents mandats tels que définis dans la nouvelle programmation. Aucune différence ne fut notée dans les résultats des analyses. Il importe cependant de rappeler la disparité de la référence à ce type de traitement externe dans la nouvelle programmation. Ainsi, il sera prudent de contrôler pour la référence au mandat social de la nouvelle programmation dans les analyses subséquentes qui traiteront de la fin normale du traitement.

Engagement dans la seconde phase du traitement

Comme dans le cas de l'étude de la fin normale de la première phase de traitement, seuls les clients qui ont été référés en externe dans l'ancienne programmation, en interne dans l'ensemble de la recherche ou qui ont été référés dans le mandat social dans la nouvelle programmation peuvent être ici considérés. Le taux global d'engagement dans la seconde phase de traitement est de 71,5% alors que le taux d'abandon à ce moment est de 28,5%.

Étant donné les différentes conditions auxquelles sont soumis les clients orientés en traitements internes ou en externes, il importe encore une fois de rapporter les taux d'abandon observés dans chacune de ces modalités de traitement séparément. Ainsi, le taux d'abandon observé en interne est de 32,4% alors que le taux en externe est de 21,6%. Une analyse de régression logistique démontre que la probabilité d'abandon suite à la première phase de traitement est de 74,5% plus élevée pour ceux qui ont été suivis en interne comparativement aux clients qui ont complété leur première phase de traitement en externe. Ces résultats sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 9 : Vérification de l'effet de la référence au programme de traitement interne ou externe dans la prédiction de l'engagement dans la seconde phase de traitement.

Variable	B	E.T. (B)	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
EXTERNE	,5568	,2114	6,9377	1	,0084	,0886	1,7450
Ordonnée à l'origine	,7336	,1165	39,6309	1	,0000		
Indices d'ajustement du modèle :							
Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle							621,638
	Khi-deux		df	sig			
Khi-deux du modèle	7,217		1	,0072			

Tableau 10 : Vérification de l'effet de l'orientation dans la nouvelle programmation dans la prédiction de l'engagement dans la seconde phase du traitement.

Variable	B	E.T. (B)	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
MANDAT			8,2940	2	,0158	,0844	
JUSTICE	-,3039	,1515	4,0256	1	,0448	-,0580	,7380
SOCIAL	,3547	,1336	7,0461	1	,0079	,0915	1,4257
Ordonnée à l'origine	,8891	,1056	70,9513	1	,0000		
Variable	B	E.T. (B)	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
MANDAT			8,2940	2	,0158	,0844	
SANTÉ MENTALE	-,0508	,1614	,0990	1	,7530	,0000	,9505
JUSTICE	-,3039	,1515	4,0256	1	,0448	-,0580	,7380
Ordonnée à l'origine	,8891	,1056	70,9513	1	,0000		
Indices d'ajustement du modèle :							
Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle							594,358
	Khi-deux		df	sig			
Khi-deux du modèle	8,280		2	,0159			

Des analyses supplémentaires ont été réalisées afin de vérifier si des différences sont observées relativement aux taux d'abandon des clients en fonction de leur appartenance aux différents mandats tels que définis dans la nouvelle programmation. Les résultats de ces analyses démontrent que les clients classifiés dans le mandat Toxicomanie/Justice selon les critères de la nouvelle programmation ont une probabilité de 35,5% moins grande d'entrer dans la seconde phase de traitement comparativement au taux d'entrée moyen dans cette phase de traitement. À l'opposé, les clients classifiés dans le mandat Toxicomanie/Adaptation sociale ont 42,6% plus de chances d'entrer dans cette seconde phase du traitement comparativement au taux moyen. Il importe ici de rappeler que les clients de la programmation Toxicomanie/Justice étaient référés directement en individuel dans la nouvelle programmation. Il apparaît donc que cette différence est attribuable aux clients référés en externe alors que l'ancienne programmation était encore en vigueur et aux clients référés en traitement interne tout au long de la présente recherche.

Afin de vérifier si le changement de programmation a eu un impact global sur la poursuite dans la deuxième phase du traitement et si des interactions entre le changement de programmation, l'orientation des clients et la classification dans chacun des mandats ont pu déterminer la poursuite des clients, une nouvelle série d'équations de régression a été calculées. Néanmoins aucune différence significative entre les effets de ces différentes combinaisons de variables n'a été observée. Les résultats des précédentes analyses confirment la nécessité de contrôler les variables suivantes dans la prédiction de la continuation dans la seconde phase de traitement : l'orientation des clients dans le traitement (interne ou externe) ; la référence au mandat social dans le cadre de la nouvelle programmation.

Persévérance dans la phase de thérapie individuelle

Seuls les clients qui se sont engagés en thérapie individuelle sont ici considérés. Divers cheminements ont mené ces clients à cette phase de traitement. Il s'agit de vérifier si la durée passée en thérapie individuelle est déterminée par la provenance des clients ou en fonction de leur classification selon les critères de la nouvelle programmation. Le nombre moyen de rencontres, l'écart-type, les nombres minimum et maximum de rencontres observés selon les orientations dans la première phase de traitement sont présentés dans le tableau 11. Le tableau 12 contient les mêmes informations mais classifiés selon les critères de la nouvelle programmation.

Tableau 11 : Nombre moyen de rencontres, l'écart-type, les nombres minimum et maximum de rencontres observées selon les orientations dans la première phase de traitement.

Tableau 12 : Nombre moyen de rencontres, l'écart-type, les nombres minimum et maximum de rencontres observées selon la classification de la nouvelle programmation.

Une série d'analyses de variance a été effectuée afin de vérifier la présence de différences relativement au nombre de rencontres, soit selon l'orientation initiale dans le traitement ou selon la classification propre à la nouvelle programmation ou même en considération de ce changement de programmation. Des analyses de variance multivariées ont été calculées afin de vérifier la présence d'effets d'interaction entre ces différentes classifications des sujets. Une seule différence statistiquement significative a été observée. Il apparaît que les clients qui ont complété leur première phase de traitement en externe restent en moyenne plus longtemps en thérapie individuelle que ceux provenant de l'interne $F(3, 441) = 4,29, p < .005$.

Conformément aux avis méthodologiques les plus récents relativement à l'étude de l'abandon en cours de traitement (Cournoyer, 1994) des analyses de régression de survie (Cox proportional-hazards regression : Cox, 1972) ont été calculées dans le but de comparer les risques d'abandon en fonction de l'orientation dans les différentes modalités de traitement ou les différents mandats.

Les résultats de ces analyses démontrent que les clients référés en première phase de traitement dans la modalité externe ont un risque d'abandonner le traitement moins élevé de 36% comparativement aux clients référés dans la modalité de traitement interne. Lorsque comparé à l'ensemble des autres clients, il apparaît que les clients référés au mandat toxicomanie/justice ont un risque plus élevé d'abandon de 97%. Ces résultats sont présentés dans le tableau 13.

Tableau 13 : Vérification de l'effet de l'orientation dans la nouvelle programmation dans la prédiction de l'engagement dans la seconde phase du traitement.

Étape 1

Variable	B	E.T. (B)	Wald	df	Sig.	R	Exp(B)
EXTERNE	-,3058	,1265	5,8494	1	,0156	-,0371	,7365
Justice	,6788	,2494	7,4094	1	,0065	,0440	1,9714
Santé mentale	-,0365	,2820	,0168	1	,8970	,0000	,9641

Indices d'ajustement du modèle :

Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle 2773,932

	Khi-deux	df	sig
Khi-deux du modèle	18,177	3	,0004
changement	15,443	3	,0015

Dans la mesure où les clients référés au mandat justice ou santé mentale dans le cadre de la nouvelle programmation peuvent être orientés directement en thérapie individuelle, il apparaîtra important de contrôler pour la référence à ces mandats dans l'analyse traitant de l'abandon en thérapie individuelle. Il sera aussi important de contrôler pour la provenance lors de la première phase de traitement (interne vs externe).

Les raisons de fin de traitement¹

Deux mois après la dernière activité inscrite dans leur dossier, des assistants de recherche ont tenté de rejoindre l'ensemble des clients afin de leur faire compléter le questionnaire sur les raisons de fin de traitement. Les clients qui étaient encore en traitement après six mois ont aussi été rejoints. Ces derniers ont complété un questionnaire de suivi. Ce questionnaire comportait les mêmes questions que le questionnaire sur les raisons de fin de traitement, à l'exception de la section sur les raisons d'abandon.

Le choix du moment de passation du questionnaire de suivi se justifie de deux façons. Tout d'abord, comme certains clients ont pu continuer leur traitement pendant plus d'un an, il fallait fixer un moment limite afin de compiler l'ensemble des résultats de la recherche. De plus, plusieurs études convergent dans leurs résultats relativement à la nécessité d'une période d'exposition minimale au traitement afin qu'il y ait amélioration. Par exemple, les résultats observés dans le cadre du projet Rand (Armor, Polich & Standbul, 1978 ; Polich, Armor & Braiker, 1980) indiquent que 20 jours de traitement en interne et 15 rencontres en externe peuvent être considérés comme un seuil minimal d'efficacité, alors que le projet DARP (Simpson, 1979, 1981 ; Simpson & Sells, 1982) mentionne des seuils de 90 jours avec un accroissement marqué de l'efficacité à 180 et 300 jours.

Il a été possible de recontacter 581 clients (68,3%) afin de leur faire compléter ces questionnaires. Les clients ayant été en thérapie individuelle pendant plus de 6 mois sont au nombre de 94 (16,4%) alors que 478 (83,6%) clients ont mis fin à leur traitement avant ce moment. L'ensemble de ces clients ont été contactés en moyenne quatre mois après la dernière activité inscrite à leur dossier

Il a été possible de distinguer les clients qui n'ont pas pu être rejoints afin de compléter le questionnaire de fin de traitement de ceux qui ont été rejoints, relativement à leur profil biopsychosocial. Les clients impossibles à recontacter avaient significativement plus de problèmes avec la justice (échelle légale de l'IGT ; $t = 2.72$ (829), $p < .007$) et moins de ressources (échelle emploi de l'IGT ; $t = 3.82$ (812), $p < .000$) que les autres.

Des différences relatives au profil biopsychosocial ont aussi pu être identifiées entre les clients qui sont demeurés plus de six mois en thérapie individuelle et ceux qui ont abandonné avant ce moment. Les premiers étaient plus âgés ($t = -2.14$ (570), $p < .033$), avaient des plus hauts scores à l'échelle de gravité relative à la consommation d'alcool à l'IGT ($t = -2.31$ (563), $p < .021$). Ils se distinguent de même relativement à certaines informations recueillies dans le questionnaire de fin de traitement. Ils expriment une plus grande satisfaction face aux services reçus ($t = -4.04$ (517), $p < .000$), face à leur investissements personnels dans le traitement ($t = -2.70$ (566), $p < .007$) et rapportent une amélioration de leur condition générale ($t = -3.57$ (565), $p < .000$) qui se démarque de celle exprimée par les cas d'abandon.

Les différentes raisons d'abandon invoquées par les clients sont les suivantes :

- 6.7% 1. L'intervenant et le client se seraient entendus sur la fin du traitement.
- 18.1% 2. Le client dit avoir réglé ses problèmes et ne plus avoir besoin de traitement, bien qu'il ne se soit

⁴ La présente section a été présentée sous la forme d'une communication scientifique dans un congrès international : Cournoyer, L.G., Landry, M., Brochu, S., & Bergeron, J. (1996). Clients' reasons for premature termination of a drug abuse rehabilitation program: A treatment dropout questionnaire. Conférence présentée au 40ième congrès de l'*International Council on Alcohol and Addictions*, Amsterdam,

- pas entendu avec l'intervenant sur la fin de son traitement.
- 8.6% 3. Le client aurait rechuté.
 - 11.8% 4. Le client dit manquer de motivation à continuer son traitement.
 - 1.5% 5. Le client dit avoir été renvoyé.
 - 9.2% 6. Le traitement aurait pris fin pour des raisons hors de contrôle du client (maladie, prison, déménagement, etc.).
 - 6.3% 7. Le client aurait été référé ou serait aller consulter ailleurs de lui-même.
 - 23.7% 8. Le client dit qu'il était insatisfait des modalités du traitement.
 - 14.1% 9. Raisons autres...

Causes d'insatisfaction¼ 23.7%

- 19.5% 1. Conflit d'horaire avec l'intervenant.
- 10.6% 2. Lieu de traitement trop éloigné.
- 17.7% 3. Insatisfait des buts du traitement.
- 3.5% 4. Le traitement est trop court et pas assez intensif.
- 13.3% 5. Manque d'affinité avec l'intervenant.
- 11.5% 6. Le client ne se sent pas compris par l'intervenant.
- 8.8% 7. La liste d'attente est trop longue.

Autres raisons¼ 14.1%

- 61.2% 1. Problèmes reliés à l'emploi.
- 10.4% 2. Événements personnels reliés à la vie familiale.

Cohérence des informations recueillies dans le questionnaire de fin de traitement

Quelques recoupements ont été faits entre certaines des raisons de fin de traitement et quelques variables mesurées dans la présente recherche. Ces vérifications ne sont pas exhaustives relativement à l'ampleur du corpus des données disponibles mais donnent cependant quelques indications relativement à la validité des informations révélées par les clients.

Les clients qui se sont entendus avec leur thérapeute relativement à la fin du traitement sont demeurés plus longtemps en traitement ($F = 2.1475$ (466,8), $p < .03$) comparativement à ceux qui ont invoqué une des huit autres raisons. Ces derniers avaient exprimé une plus grande satisfaction à l'égard des services ($F = 5.98$ (463, 8), $p < .00$), une plus grande amélioration de leur condition ($F = 10.39$ (463, 8), $p < .00$). Quoique l'analyse de variance n'atteigne pas le seuil de signification, une tendance se dessine à savoir que ceux-ci auraient une plus grande stabilité d'emploi. Finalement, il est intéressant de noter que les clients qui ont invoqué avoir mis fin à leur traitement pour des raisons hors de leur contrôle présentaient des scores plus élevés à l'échelle médicale de l'IGT au moment de leur entrée en traitement en comparaison à l'ensemble des autres clients ($F = 2.21$ (465, 8), $p < .03$).

La persévérance dans les différentes phases de traitement en considération de l'ensemble des variables à l'étude

Prédiction de l'entrée en traitement

Dans l'étude de la prédiction de l'entrée dans la première phase de traitement, l'ensemble des variables prévisionnelles mesurées au temps 1 sont considérées. Les clients qui n'ont pu entrer en

Hollande.

traitement pour des raisons hors de leur contrôle (N = 8), identifiées soit dans leur dossier clinique ou par le questionnaire de fin de traitement, ont été éliminés de l'échantillon. Les premières analyses ont été réalisées au moyen de corrélations partielles en contrôlant pour l'orientation dans la première phase de traitement (interne vs externe) et pour la référence aux programmes Toxicomanie/Santé mentale et Toxicomanie/Justice de la nouvelle programmation. Ensuite, sont réalisées des analyses de régression logistique hiérarchique afin d'identifier les variables prévisionnelles qui priment dans la prédiction de l'entrée en traitement .

L'analyse des résultats met en lumière des relations significatives⁵ entre l'entrée en traitement et quelques une des variables prévisionnelles à l'étude. Plus précisément, l'entrée en traitement est positivement reliée à l'ampleur des problèmes de consommation d'alcool (IGT), à une bonne situation à l'échelle emploi/ressources de l'IGT, aux scores à l'échelle contemplation de l'URICA, à la quantité de soutien social perçu de façon générale et au nombre de personnes identifiées par le client dans son entourage comme pouvant l'aider dans sa démarche. Toutefois, de meilleures conditions d'emploi sont associées à l'abandon de la demande de service. Les résultats de ces corrélations partielles sont présentées dans le tableau 14.

Tableau 14 : Corrélations partielles ($r_{12, 345}$)¹ entre l'entrée en traitement et les variables prévisionnelles qui atteignent le seuil de signification, alors que sont contrôlées les variables reliées à la programmation.

VARIABLES	EMPLOI ALCOOL	STADE DE RESSOURCES	QUANTITÉ DE CONTEMPLATION	SOUTIEN	DOMRÉMY
CORRÉLATION PARTIELLE	,0808	-,1012	,0975	,0768	,1095
NOMBRE DE SUJETS	(659)	(634)	(621)	(662)	(661)
SEUIL DE SIGNIFICATION	P= ,038	P= ,011	P= ,015	P= ,048	P= ,005

Afin d'identifier les variables prévisionnelles qui priment dans la prédiction de l'entrée en traitement, deux analyses de régression logistique hiérarchique sont réalisées. Les deux équations sont structurées de la façon suivante : dans un premier temps, les variables prévisionnelles de l'entrée en traitement identifiées précédemment sont entrées dans l'équation et dans un deuxième temps, les variables contrôles relatives à la programmation sont considérées. Le choix d'entrer les variables contrôles dans la seconde étape de l'équation permet de vérifier tout d'abord l'effet net des autres variables prévisionnelles. Si les variables n'atteignent plus le seuil de signification dans la première étape, cela peut s'expliquer par les interrelations existant entre chacune d'entre elles. Dans la mesure où elles n'atteignent plus le seuil de signification dans la deuxième étape, cet état de fait peut être attribué aux procédures d'orientation des clients. Il est nécessaire de calculer ces deux équations de régression dans la mesure où un certain nombre de clients (N=43) n'ont pas complété le questionnaire URICA à cause de troubles cognitifs qui leur rendaient difficile la compréhension des questions. Ainsi, le score au stade de contemplation sera omis

⁵ Il importe ici de noter que dans le présent rapport, seuls les résultats statistiquement significatifs seront exposés.

⁶ La notation $r_{12, 345}$ est utilisée pour désigner les résultats issus de corrélations partielles entre une variable X_1 et une variable X_2 , une fois la variance propre à X_3 , X_4 et X_5 extraite.

dans la première analyse mais inclus dans la seconde. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau 15. Il est important de noter que le codage polytomique utilisé dans la constitution des variables contrôles a pour effet de comparer

Tableau 15 : Vérification de la primauté des variables prévisionnelles de l'entrée en traitement (sans et avec les scores à l'échelle de contemplation) au moyen de deux équations de régression logistique hiérarchiques dans lesquelles sont contrôlées les variables relatives à l'orientation des clients.

Étape 1

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
Alcool	,1098	,0365	9,0423	1	,0026	,1071	1,1160
Emploi	-,0690	,0316	4,7671	1	,0290	-,0672	,9333
Qté de soutien	,0265	,0917	,0837	1	,7724	,0000	1,0269
Soutien D-M	,1621	,0650	6,2134	1	,0127	,0829	1,1760
Ordonnée à l'origine	1,0282	,3394	9,1752	1	,0025		

Étape 2

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
Alcool	,0704	,0395	3,1686	1	,0751	,0446	1,0729
Emploi	-,0711	,0337	4,4604	1	,0347	-,0648	,9313
Qté de soutien	,0294	,0945	,0970	1	,7554	,0000	1,0299
Soutien D-M	,1659	,0671	6,1089	1	,0135	,0837	1,1804
Orient. Int.	1,5363	,2876	28,5395	1	,0000	,2127	4,6474
Santé mentale	-,4905	,3474	1,9942	1	,1579	,0000	,6123
Justice	-,7579	,2684	7,9763	1	,0047	-,1009	,4686
Ordonnée à l'origine	,9821	,3621	7,3541	1	,0067		

Indices d'ajustement du modèle :

Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle 543,929

	Khi-deux	dl	sig
Khi-deux du modèle	42,557	3	,0000
changement	42,557	3	,0000

Étape 1

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
Alcool	,0911	,0385	5,5909	1	,0181	,0798	1,0953
Emploi	-,0816	,0335	5,9288	1	,0149	-,0835	,9216
Contemplation	,0832	,0362	5,2838	1	,0215	,0763	1,0867
Qté de soutien	,0618	,1000	,3824	1	,5363	,0000	1,0638
Soutien D-M	,1196	,0692	2,9821	1	,0842	,0418	1,1270
Ordonnée à l'origine	-1,8913	1,3867	1,8603	1	,1726		

Étape 2

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
Alcool	,0601	,0414	2,1079	1	,1465	,0142	1,0619
Emploi	-,0832	,0355	5,4906	1	,0191	-,0808	,9201
Contemplation	,0649	,0377	2,9606	1	,0853	,0424	1,0670
Qté de soutien	,0580	,1030	,3171	1	,5734	,0000	1,0597
Soutien D-M	,1357	,0714	3,6096	1	,0574	,0549	1,1454
Orient. Int.	1,4911	,2976	25,0963	1	,0000	,2078	4,4419
Santé Mentale	-,5129	,3635	1,9913	1	,1582	,0000	,5987
Justice	-,7496	,2849	6,9250	1	,0085	-,0960	,4725
Ordonnée à l'origine	-1,2967	1,4576	,7913	1	,3737		

Indices d'ajustement du modèle :

Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle 497,756

Khi-deux	dl	sig
----------	----	-----

Khi-deux du modèle	37,014	3	,0000
changement	37,014	3	,0000

l'effet de chacune d'entre elles à la catégorie de référence omise. En l'occurrence, il s'agit d'une catégorie constituée des clients qui ont été référés en externe tant dans la nouvelle que l'ancienne programmation et des clients référés en transition ou en individuel dans l'ancienne programmation. Les clients de ces deux dernières orientations sont en petit nombre car il s'agit d'exceptions.

Les résultats de ces analyses de régression logistique font ressortir l'importance de l'ampleur du problème de consommation d'alcool, des scores à l'échelle de contemplation et l'importance d'un soutien spécifique à la démarche entreprise à Domrémy-Montréal. L'ampleur des ressources évaluées par l'échelle emploi/ressources de l'IGT exerce aussi un effet positif sur l'entrée en traitement. Ainsi, les clients qui entrent en traitement ont des scores plus élevés à l'échelle Alcool de l'IGT, de telle sorte qu'une augmentation d'un point à cette échelle se traduit par une augmentation des probabilités d'entrer de 11,6%. Une diminution d'un point à l'échelle emploi/ressources de l'IGT se traduit par une baisse de 7,5% des probabilités d'entrer en traitement. Chaque augmentation d'un échelon à l'échelle contemplation de l'URICA se traduit par une augmentation de 8,7% des probabilités d'entrer alors que chacune des personnes s'ajoutant en tant que soutien spécifique pour la démarche entrevue amène une augmentation de 17,6% des probabilités d'entrer en traitement.

La considération des variables contrôles reliées à l'orientation des clients dans le traitement fait ressortir la prépondérance de l'échelle emploi/ressources de l'IGT et du soutien spécifique à la démarche envisagée. L'observation des corrélations existant entre les différentes variables prévisionnelles, entre elles, et avec les variables contrôles peut expliquer en partie ces résultats. Tout d'abord, il importe de noter la forte relation positive observée entre l'entrée en traitement et l'orientation en traitement interne. L'ampleur des problèmes de consommation d'alcool étant reliée à la référence au traitement interne ($r = ,21, p < .000$) peut justifier le fait que cette échelle de l'IGT n'atteigne plus le seuil de signification à la seconde étape de l'équation de régression. Des corrélations ont aussi été observées entre la quantité de soutien social perçue et deux autres variables : soit le soutien spécifique à Domrémy ($r = ,57, p < .000$) et l'échelle emploi de l'IGT ($r = -,11, p < ,004$). Ces deux dernières variables auraient donc préséance dans la prédiction de l'entrée en traitement. De même, des corrélations significatives ont été observées entre l'échelle de contemplation et deux autres variables : soit la référence au traitement interne ($r = ,21, p < .000$) et le soutien spécifique à Domrémy ($r = ,16, p < .000$). Ces deux dernières variables auraient donc elle aussi préséance dans la prédiction de l'entrée en traitement. Finalement, il est intéressant de noter que l'ensemble de ces analyses ont été reprises en remplaçant les données manquantes par la moyenne de l'échantillon à chacune des variables considérées et que ces analyses n'apportent pas de nouveaux résultats ni ne contredisent les résultats ici présentés.

Prédiction de la fin normale de la première phase de traitement

Comme dans l'étude de la prédiction de l'entrée dans la première phase de traitement, dans la prédiction de la fin normale de la première phase de traitement l'ensemble des variables prévisionnelles mesurées au temps 1 sont considérées. Il n'est pas possible de considérer les variables mesurées au temps 2 dans la mesure où seulement une très faible proportion des clients ($N = 7$; 3% d'abandon) qui ont complété les questionnaires à ce moment n'ont pas terminé leur traitement. Les clients qui n'ont pu terminer cette phase de traitement pour des raisons hors de leur contrôle ($N = 3$), identifiées soit dans leur dossier clinique ou par le questionnaire de fin de traitement, ont été éliminés de l'échantillon. Les premières analyses sont réalisées au moyen de corrélations partielles en contrôlant pour l'orientation dans la première phase de traitement (interne vs externe) et pour la référence au programme Toxicomanie/Adaptation sociale de la nouvelle programmation. Ensuite, sont réalisées des analyses de régression logistique hiérarchique

afin d'identifier les variables prévisionnelles qui priment dans la prédiction de la fin normale de la première phase de traitement .

L'analyse des résultats met en lumière la présence de relations significatives entre la fin normale de la première phase de traitement et quelques une des variables prévisionnelles à l'étude. Plus précisément, la fin normale de cette phase de traitement est positivement reliée à l'ampleur des problèmes de consommation d'alcool et des troubles psychologiques évalués à l'IGT, à l'intensité de la détresse psychologique en termes de dépression, d'anxiété et de troubles cognitifs évalués par l'ISP-29 et au niveau de la détresse psychologique générale évaluée par le questionnaire QDP. Une relation positive a aussi été identifiée entre l'âge et la fin normale du traitement. Les résultats de ces corrélations partielles sont présentées dans le tableau 16.

Étant donné le contenu commun à plusieurs de ces variables prévisionnelles (il suffit de rappeler que cinq d'entre elles réfèrent à l'intensité de la détresse psychologique), il apparaît important de tout d'abord examiner la matrice de corrélation avant d'entreprendre les analyses de régression. Il en ressort que de fortes corrélations sont observées entre les différentes échelles de détresse psychologique. Ces coefficients s'échellonnent entre $r = ,53$ et $r = ,76$ ($p < .000$). Chacune de ces échelles de détresse sont corrélées à l'échelle alcool de l'IGT. Ces coefficients s'échellonnent entre $r = ,16$ et $r = ,20$ ($p < .000$). Elles sont aussi corrélées à l'orientation en traitement interne. Ces coefficients s'échellonnent entre $r = ,13$ et $r = ,21$ ($p < .000$). Finalement, il est intéressant de noter la présence d'une corrélation entre l'échelle alcool de l'IGT et l'orientation en traitement interne ($r = ,21$, $p < .000$). Afin d'éviter que la multicollinéarité ne confonde les résultats issus de l'équation de régression, la sous-échelle présentant la plus forte corrélation avec la fin normale de la première phase de traitement sera conservée, soit l'échelle évaluant la fréquence des symptômes d'anxiété.

Tableau 16: Corrélations partielles^(12, 34) entre la fin normale de la première phase de traitement et les variables prévisionnelles qui atteignent le seuil de signification, alors que sont contrôlées les variables reliées à la programmation.

Afin d'identifier les variables prévisionnelles qui priment dans la prédiction de la fin normale de la première phase de traitement, deux analyses de régression logistique hiérarchique sont réalisées. Les deux équations sont structurées de la façon suivante : dans un premier temps, les variables prévisionnelles de la fin normale de cette phase du traitement identifiées précédemment sont entrées dans l'équation et dans un deuxième temps, les variables contrôles relatives à la programmation sont considérées. Tel qu'indiqué précédemment, le choix d'entrer les variables contrôles dans la seconde étape de l'équation permet de vérifier tout d'abord l'effet net des autres variables prévisionnelles. Si les variables n'atteignent plus le seuil de signification dans la première étape, cela peut s'expliquer par les interrelations existant entre chacune d'entre elles. Dans la mesure où elles n'atteignent plus le seuil de signification dans la deuxième étape, cet état de fait peut être attribué aux procédures d'orientation des clients. Il est nécessaire de calculer ces deux équations de régression dans la mesure où un certain nombre de clients (N=24) n'ont pas complété le questionnaire URICA à cause de troubles cognitifs qui leur rendaient difficile la compréhension des questions. Ainsi, le score au stade de pré- contemplation sera omis dans la première analyse mais inclus dans la seconde. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau 17. Il est important de noter que le codage polytomique utilisé dans la constitution des variables contrôles a pour effet de comparer l'effet de chacune d'entre elles à la catégorie de référence omise. En l'occurrence, il s'agit d'une catégorie constituée des clients qui ont été référés en externe dans l'ancienne programmation.

Il importe tout d'abord de préciser qu'une analyse de régression logistique dans laquelle ont été entrées simultanément les différentes variables mesurant la détresse psychologique ont confirmé la primauté de l'intensité des symptômes d'anxiété en tant que variable prévisionnelle de la fin normale de la première phase de traitement. Ceci confirme le bien-fondé de ne conserver que cette échelle dans la suite des analyses.

Les résultats des analyses de régression logistiques font ressortir l'importance de l'ampleur du problème de consommation d'alcool et de l'intensité des symptômes de détresse psychologique et ce, même lorsque les variables relatives à l'orientation dans le traitement sont contrôlées. Ainsi, plus les clients qui ont été orientés en traitement interne ou externe ont des scores plus élevés à l'échelle Alcool de l'IGT, plus la probabilité qu'ils terminent la première phase de traitement augmente. Chaque augmentation d'un point à cette échelle de l'IGT se traduit par une augmentation des probabilités de finir de 14%. Une telle augmentation à l'échelle mesurant l'intensité des symptômes d'anxiété se traduit par une augmentation de 3,5% des probabilités d'entrer en traitement. Il appert que l'échelle de pré-contemplation de l'URICA n'atteint plus le seuil de signification une fois considérée avec les autres variables prévisionnelles de la fin normale de la première phase de traitement.

Tableau 17 : Vérification de la primauté des variables prévisionnelles de la fin normale de la première phase de traitement (sans et avec les scores à l'échelle de pré-contemplation) au moyen de deux équations de régression logistique hiérarchiques dans lesquelles sont contrôlées les variables relatives à l'orientation des clients.

Étape 1

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
Anxiété	,0344	,0079	18,9848	1	,0000	,2030	1,0350
Alcool	,1359	,0499	7,4183	1	,0065	,1147	1,1455
Ordonnée à l'origine	,2594	,2915	,7918	1	,3736		

Étape 2

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
Anxiété	,0284	,0080	12,6759	1	,0004	,1688	1,0288
Alcool	,1311	,0531	6,0924	1	,0136	,1045	1,1401
Orient. Int	1,1489	,3536	10,5588	1	,0012	,1511	3,1549
Mandat Social	-,4122	,2967	1,9299	1	,1648	,0000	,6622
Ordonnée à l'origine	,2615	,3075	,7236	1	,3950		

Indices d'ajustement du modèle :

Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle 360,711

	Khi-deux	dl	sig
Khi-deux du modèle	14,008	2	,0009
changement	14,008	2	,0009

Étape 1

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
Anxiété	,0342	,0080	18,2395	1	,0000	,2017	1,0348
Alcool	,1232	,0504	5,9744	1	,0145	,0998	1,1311
Pré-contempl.	-,0400	,0281	2,0225	1	,1550	-,0075	,9608
ordonnée à l'origine	,7665	,4901	2,4461	1	,1178		

Étape 2

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
Anxiété	,0278	,0081	11,7012	1	,0006	,1638	1,0282
Alcool	,1220	,0534	5,2221	1	,0223	,0944	1,1297
Pré-contempl.	-,0476	,0286	2,7580	1	,0968	-,0458	,9536
Orient. Int	1,1665	,3563	10,7178	1	,0011	,1553	3,2107
Mandat social	-,4335	,3070	1,9937	1	,1580	,0000	,6483
Ordonnée	,8608	,5161	2,7823	1	,0953		

Indices d'ajustement du modèle :

Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle 347,400

	Khi-deux	dl	sig
Khi-deux du modèle	14,175	2	,0008
changement	14,175	2	,0008

Prédiction de l'entrée dans la deuxième phase de traitement

L'ensemble des variables prévisionnelles mesurées au temps 1 et au temps 2 sont considérées. Dans la prédiction de l'entrée dans la deuxième phase de traitement. Dans ces analyses, seuls les clients qui ont été référés en traitement interne ou externe lors de la première phase de traitement sont considérés. Les premières analyses sont réalisées au moyen de corrélations partielles en contrôlant pour l'orientation dans la première phase de traitement (interne vs externe) et pour la référence au programme Toxicomanie/Adaptation sociale de la nouvelle programmation. Ensuite, sont réalisées des analyses de régression logistique hiérarchiques afin d'identifier les variables prévisionnelles qui priment dans la prédiction de l'entrée dans la deuxième phase de traitement .

L'analyse des résultats met en lumière la présence de relations significatives entre l'entrée dans la deuxième phase de traitement et certaines des variables prévisionnelles à l'étude. Plus précisément, l'entrée dans cette phase de traitement est négativement reliée à l'échelle évaluant le stade de pré-contemplation de l'URICA, à l'échelle d'intention indirecte de l'Index de décision (doutes) et au profil légal de l'IGT. Par contre, elle est positivement reliée à l'échelle évaluant les stades de contemplation et d'action de l'URICA ainsi qu'à l'échelle d'intention de l'Index de décision. Les résultats de ces corrélations partielles sont présentées dans le tableau 18.

Tableau 18: Corrélations partielles($r_{12, 34}$) entre la fin normale de la première phase de traitement et les variables prévisionnelles qui atteignent le seuil de signification, alors que sont contrôlées les variables reliées à la programmation.

Comme dans le cas des variables prévisionnelles de la fin normale de la première phase de traitement, une redondance relativement au contenu évalué par les principales variables identifiées comme prévisionnelles de l'entrée dans la deuxième phase de traitement peut être attendue. Il importe donc tout d'abord d'examiner la matrice de corrélation avant d'entreprendre les analyses de régression. Il en ressort que de fortes corrélations sont observées entre les différentes échelles visant à mesurer le concept de stade de changement. Ces coefficients s'échellonnent entre $r = ,27$ et $r = ,52$ ($p < .000$), la corrélation la plus élevée appartenant à la relation existant entre le stade de contemplation et le stade d'action. Une corrélation de $r = -,17$ est observée entre les deux sous-échelles mesurant le concept d'intention. Une corrélation positive de $r = ,22$ a été identifiée entre le concept d'intention mesuré par la négative (doutes sur la poursuite) et l'échelle de pré-contemplation. En considération des variables contrôle, il appert que les clients qui ont été référés en interne manifestent plus de doutes relativement à la poursuite de leur traitement comparativement aux autres. Et finalement, les clients référés dans le mandat social dans le cadre de la nouvelle programmation ont moins de problème avec la justice tel que mesuré au temps 2 comparativement à l'ensemble des autres clients. Afin d'éviter que la multicollinéarité ne confonde les résultats issus de l'équation de régression, il apparaît justifié d'éliminer au moins une des deux sous-échelles du modèle des stades de changement qui sont fortement corrélées. Entre le stade de contemplation et le stade d'action, le deuxième présente la plus forte relation avec l'entrée dans la deuxième phase de traitement. En ce sens il

apparaîtrait justifié de conserver cette variable dans les analyses subséquentes.

Afin d'identifier les variables prévisionnelles qui priment dans la prédiction de l'engagement dans la deuxième phase de traitement, trois équations de régression logistique hiérarchique sont calculées. Les deux premières considèrent séparément les variables retenues pour chacun des deux modèles théoriques : soit le stade de pré-contemplation et le stade d'action (théorie des stades de changement) ; soit l'intention directe et l'expression de doutes relativement à leur intention de poursuivre (théorie du comportement planifié). Finalement, les variables de chacun de ces deux modèles qui priment dans la prédiction de l'entrée dans la deuxième phase de traitement ainsi que le profil légal (IGT) mesuré au temps 2 sont considérées dans la troisième équation. Ces équations sont structurées de la façon suivante : dans un premier temps, les variables prévisionnelles de l'entrée dans la deuxième phase du traitement de chacun des modèles théoriques entrées simultanément dans l'équation et dans un deuxième temps, les variables contrôles relatives à la programmation sont considérées. Tel qu'indiqué précédemment, le choix d'entrer les variables contrôles dans la seconde étape de l'équation permet de vérifier tout d'abord l'effet net des autres variables prévisionnelles. Si les variables n'atteignent plus le seuil de signification dans la première étape, cela peut s'expliquer par les interrelations existant entre chacune d'entre elles. Dans la mesure où elles n'atteignent plus le seuil de signification dans la deuxième étape, cet état de fait peut être attribué aux procédures d'orientation des clients. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau 19a et 19b. Il est important de noter que le codage polytomique utilisé dans la constitution des variables contrôles a pour effet de comparer l'effet de chacune d'entre elles à la catégorie de référence omise. En l'occurrence, il s'agit d'une catégorie constituée des clients qui ont été référés en externe dans l'ancienne programmation.

Les résultats de la première équation de régression mettent en évidence la prépondérance du stade de l'action dans la prédiction de l'entrée dans la deuxième phase du traitement. La considération du stade de préparation ou des variables contrôles n'influencent pas la capacité prévisionnelle de cette variable. Ainsi, chaque augmentation d'une unité se traduit par une augmentation de la probabilité d'entrer dans la deuxième phase de traitement de 6,4%. De même, les résultats de la seconde équation de régression mettent en évidence la capacité prévisionnelle du facteur central de la théorie de l'action planifiée, l'intention. Chaque augmentation d'une unité à cette échelle se traduit par une augmentation 52,9% de la probabilité d'entrer en traitement. Finalement, la considération du profil légal tel que mesuré au temps 2 ou des variables contrôles n'influence pas la capacité prévisionnelle de ces deux variables.

Tableau 19a : Vérification de la primauté des variables prévisionnelles issues de deux modèles théoriques relativement à l'entrée dans la deuxième phase de traitement au moyen de deux équations de régression logistique hiérarchiques dans lesquelles sont contrôlées les variables relatives à l'orientation des clients.

Étape 1

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
Précontemp.	-,0436	,0295	2,1833	1	,1395	-,0213	,9574
Action	,0602	,0267	5,0953	1	,0240	,0875	1,0620
Ordonnée à l'origine	-,5166	1,0809	,2284	1	,6327		

Étape 2

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
Précontemp.	-,0404	,0298	1,8354	1	,1755	,0000	,9604
Action	,0620	,0269	5,3222	1	,0211	,0918	1,0640
Orient. Int.	-,2447	,2545	,9238	1	,3365	,0000	,7830
Orient. Soc.	,5230	,2894	3,2660	1	,0707	,0567	1,6872
Ordonnée à l'origine	-,6166	1,0902	,3199	1	,5717		

Indices d'ajustement du modèle :

Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle 389,970

	Khi-deux	dl	sig
Khi-deux du modèle	4,444	2	,1084
changement	4,444	2	,1084

Étape 1

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
Intention	,4246	,1590	7,1270	1	,0076	,1156	1,5290
Doutes	-,2475	,1377	3,2318	1	,0722	-,0566	,7807
Ordonnée à l'origine	-,7212	,9949	,5256	1	,4685		

Étape 2

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
Intention	,4374	,1596	7,5142	1	,0061	,1221	1,5487
Doutes	-,2312	,1393	2,7516	1	,0972	-,0451	,7936
Orient. Int.	-,2501	,2747	,8292	1	,3625	,0000	,7787
Orient. Soc.	,5543	,3027	3,3525	1	,0671	,0605	1,7407
Ordonnée à l'origine	-,8113	1,0212	,6311	1	,4269		

Indices d'ajustement du modèle :

Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle 365,125

	Khi-deux	dl	sig
Khi-deux du modèle	4,534	2	,1036

changement 4,534 2 ,1036

Tableau 19b : Vérification de la primauté des deux variables prévisionnelles issues de deux modèles théoriques et du profil légal mesuré au temps 2 relativement à l'entrée dans la deuxième phase de traitement au moyen d'une analyse de régression logistique hiérarchiques dans laquelle sont contrôlées les variables relatives à l'orientation des clients.

Étape 1

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
Action	,0595	,0288	4,2544	1	,0391	,0796	1,0613
Intention	,5145	,1692	9,2461	1	,0024	,1427	1,6727
Légal T2	-,1813	,0722	6,3108	1	,0120	-,1101	,8342
Ordonnée à l'origine	-3,6502	1,3522	7,2870	1	,0069		

Étape 2

Variable	B	E.T. (B)	Wald	dl	Sig	R	Exp(B)
Action	,0638	,0293	4,7630	1	,0291	,0912	1,0659
Intention	,5167	,1676	9,5096	1	,0020	,1504	1,6766
Légal T2	-,1431	,0750	3,6434	1	,0563	-,0704	,8667
Orient. Int.	-,3191	,2908	1,2042	1	,2725	,0000	,7268
Orient. Soc.	,5045	,3314	2,3169	1	,1280	,0309	1,6561
Ordonnée à l'origine	-3,7783	1,3771	7,5275	1	,0061		

Indices d'ajustement du modèle :

Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle 328,214

	Khi-deux	dl	sig
Khi-deux du modèle	3,719	2	,1557
changement	3,719	2	,1557

Prédiction de l'abandon prématuré dans la seconde phase de traitement

Dans l'étude de la prédiction de l'abandon prématuré de la thérapie individuelle, l'ensemble des variables prévisionnelles mesurées au temps 1, au temps 2 et au temps 3 sont considérées. Le choix de l'analyse statistique privilégiée dans l'étude de l'abandon est conforme aux recommandations de Cournoyer (1994). Ce dernier a démontré que l'abandon peut être étudié d'une façon plus juste avec une technique d'analyse statistique fréquemment utilisée dans les sciences médicales, en démographie et en sociologie et qui s'apparente aux courbes de survie. L'analyse des transitions (Cox proportional-hazards regression model: Cox, 1972) tient compte dans la constitution de la variable dépendante autant de la dichotomie abandon-poursuite du traitement que de la durée qui précède l'abandon. La définition de l'abandon ici privilégiée tient donc compte du caractère unilatéral de la décision du client de mettre fin à son traitement et de la durée en thérapie. Les informations relatives à la façon dont s'est terminé le traitement ont été compilées soit à l'aide du dossier clinique ou des réponses des clients au questionnaire de fin de traitement. Les clients qui n'ont pu terminer cette phase de traitement pour des raisons hors de leur contrôle ou même qui ont été référés à d'autres services sont considérés dans les analyses. La conciliation de l'ensemble de ces informations est rendu possible grâce à cette technique d'analyse statistique. Dans la

mesure où le client s'entend avec son thérapeute sur la fin de sa thérapie, ou s'il doit y mettre fin pour des raisons hors de son contrôle, il demeure dans l'échantillon à risque d'abandonner tant qu'il est en traitement, mais est catégorisé comme un cas censuré (Cox, 1972) au moment de la fin de son traitement et ne contribue plus ainsi à l'équation de prédiction de l'abandon.

Selon les informations disponibles, il y a eu entente sur la fin du traitement pour 36 clients (8,1%) qui se sont engagés dans la phase de thérapie individuelle. Les clients qui ont mis fin au traitement pour des raisons hors de contrôle se chiffrent aussi au nombre de 36 (8,1%). Finalement, 11 clients (2,5%) auraient mis fin à leur traitement parce qu'ils ont été référé ou parce qu'il seraient allés consulter ailleurs. Une fois ces informations combinées, il en ressort que 75 clients (16,9) seront censurés au moment de la fin de leur traitement dans les analyses régression de survie.

Une série d'analyses de régression de survie ont été calculées dans le but d'identifier la contribution de l'ensemble des variables mesurées dans le cadre de la présente recherche. La provenance des clients a été contrôlée dans chacune de ces équations de régression. Plus précisément, les variables contrôlées sont les suivantes : l'orientation dans le programme court séjour (interne vs externe), l'orientation dans le programme toxicomanie/santé mentale et dans le programme toxicomanie/justice dans le cadre de la nouvelle programmation.

L'analyse des résultats met en lumière l'effet des variables d'alliance telle qu'évaluées par les clients suite à la troisième rencontre de thérapie et l'effet de l'évaluation de l'engagement du client tel que coté au même moment par le thérapeute dans la prédiction de l'abandon prématuré du traitement. En effet, une relation positive a été évaluée entre les sous-échelles du questionnaire d'alliance thérapeutique de Californie évaluant l'engagement du client, l'entente sur les stratégies de travail et la compréhension et l'implication du thérapeute. De même, deux échelles du questionnaire coté par les intervenants ont été identifiées comme prévisionnels de l'abandon, soit les comportements manifestant un engagement et les comportements manifestant une résistance. L'ensemble des autres variables considérées n'apparaissent pas avoir de relation avec l'abandon dans la phase de thérapie individuelle. Il apparaît donc que les clients qui ont des données manquantes à ces deux mesures ne sont pas considérés dans les analyses visant la prédiction de l'abandon en cours de thérapie individuelle dans la mesure où ceux-ci ont abandonné avant la prise de ces mesures.

Il s'avère nécessaire de vérifier séparément l'apport des questionnaires d'alliance et d'engagement du client, dans la mesure où les clients qui ont complété le questionnaire d'alliance ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux qui ont été cotés par leur intervenant. Cependant, étant donné l'ampleur des corrélations observées entre les différentes sous-échelles d'alliance, seule la sous-échelle ayant la plus forte relation avec l'abandon en cours de traitement sera conservée dans les prochaines analyses, soit celle traitant de l'engagement du client. Le même constat prévaut dans le cas des comportements d'engagement cotés par les intervenants. Dans ce cas, l'échelle conservée traite des comportements manifestant un engagement actif dans le traitement. Trois équations de régression sont donc ici présentées. La première est celle qui vise à vérifier si la sous-échelle engagement du questionnaire d'alliance thérapeutique de Californie conserve sa capacité prévisionnelle lorsque les variables relatives à l'orientation des clients sont contrôlées. La seconde équation vise à identifier la sous-échelle « comportements » d'engagement de l'instrument de mesure cotée par les intervenants conserve sa capacité prévisionnelle lorsque les variables relatives à l'orientation des clients sont contrôlées. Finalement, la troisième traite de la concurrence des échelles identifiées dans les deux équations précédentes dans la prédiction de l'abandon en cours de thérapie. Les résultats de ces analyses sont présentés dans les

tableau 20a et 20b.

Tableau 20a : Vérification séparé de l'effet des variables traitant de l'engagement du clients selon les perspectives respectives du client et de l'intervenant dans la prédiction de l'abandon de la phase de thérapie individuelle au moyen d'une régression de survie dans laquelle les variables relatives à la orientation du client sont contrôlées.

Étape 1 (alliance)

Variable	B	E.T. (B)	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
Engagement	-,0394	,0142	7,6692	1	,0056	-,0542	,9614

Étape 2

Variable	B	E.T. (B)	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
Engagement	-,0438	,0145	9,1111	1	,0025	-,0608	,9572
Orient. Int	-,2185	,1462	2,2339	1	,1350	-,0110	,8037
Justice	,9284	,3264	8,0925	1	,0044	,0563	2,5305
Sant.Mentale	,2232	,3100	,5186	1	,4714	,0000	1,2501

Indices d'ajustement du modèle :

Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle 1914,134

	Khi-deux	df	Sig
Khi-deux du modèle	21,428	4	,0003

Étape 1 (cote de l'intervenant)

Variable	B	E.T. (B)	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
Engagement	-,2314	,0894	6,6937	1	,0097	-,0602	,7934

Étape 2

Variable	B	E.T. (B)	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
Engagement	-,1670	,0947	3,1066	1	,0780	-,0293	,8462
Orient. Int.	-,3129	,1823	2,9478	1	,0860	-,0271	,7313
Justice	,6424	,4044	2,5239	1	,1121	,0202	1,9010
Sant.mentale	-,0314	,3578	,0077	1	,9300	,0000	,9690

Indices d'ajustement du modèle :

Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle 1282,277

	Khi-deux	df	Sig
Khi-deux du modèle	14,157	4	,0068

Tableau 20b : Vérification de la primauté des variables traitant de l'engagement du clients selon les perspectives respectives du client et de l'intervenant dans la prédiction de l'abandon de la phase de thérapie individuelle au moyen d'une régression de survie dans laquelle les variables relatives à la orientation du client sont contrôlées.

Variable	B	E.T. (B)	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
Eng.(interv)-,1926	,0923	4,3552	1	,0369	-,0435	,8248	
Eng (client)-,0320	,0174	3,3653	1	,0666	-,0331	,9685	

Variable	B	E.T. (B)	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
Eng.(interv)-,1247	,0972	1,6460	1	,1995	,0000	,8828	
Eng (client)-,0383	,0180	4,5490	1	,0329	-,0454	,9624	
Orient. Int.-,3165	,1853	2,9153	1	,0877	-,0272	,7287	
Justice	,8095	,4097	3,9042	1	,0482	,0393	2,2468
Sant.mentale	,0837	,3621	,0534	1	,8172	,0000	1,0873

Indices d'ajustement du modèle :

Logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle 1227,864

	Khi-deux	df	Sig
Khi-deux du modèle	17,415	5	,0038

Les analyses de régression de survie mettent en évidence la capacité prévisionnelle autant de l'alliance, telle qu'évaluée dans la perspective du client, et des comportements du client manifestant un engagement actif dans le traitement, tels que cotés par les intervenants. De fait, chaque augmentation d'une unité à l'échelle d'alliance traitant de l'engagement du client dans le traitement se traduit par une diminution des risques d'abandon de 4,4%. Cette relation entre la sous-échelle d'alliance et l'abandon du traitement demeure même lorsque la provenance du client au niveau de son orientation dans le programme de traitement est contrôlée. Il en va de même pour l'évaluation de l'engagement du client cotée par le thérapeute. Chaque augmentation d'une unité à cette échelle se traduit par une diminution des risques d'abandon de 26%. Par contre, une fois les variables relativement à l'orientation dans le traitement contrôlée, cette évaluation de l'engagement n'atteint plus le seuil de signification. Il semblerait que la vision du client soit prépondérante relativement à la prédiction de l'abandon. Ainsi, lorsque considérés dans la même équation, l'engagement du client tel qu'évalué dans la mesure d'alliance, demeure significative, alors que la cote du thérapeute ne l'est plus.

Chapitre 4

Interprétation des résultats

Dans cette section, les variables prévisionnelles de différents types d'abandon étudiés dans la présente étude seront reprises. L'interprétation à faire de chacun de ces résultats sera discutée. Il y aura alors un retour relativement à la pertinence des différentes variables étudiées en regard du caractère multidimensionnel de la présente étude.

Orientations, nouveau programme et persévérance

L'analyse des résultats a permis de mettre en relation l'abandon dans les différentes phases du traitement et la structure de la programmation elle-même. Une synthèse des résultats significatifs est présentée dans le tableau 21.

Dans la mesure où l'orientation dans le traitement est déterminée suite à une entrevue d'évaluation clinique dans laquelle les principales sphères du profil bio-psycho-social de l'utilisateur sont évaluées, il est difficile de distinguer ce qui déclenche l'abandon. Est-ce les caractéristiques des clients ou le type de traitement ?

Il apparaît clairement que la référence au traitement interne favorise l'entrée en traitement. Il est possible que l'attrait d'un tel type de traitement puisse être déterminant pour la clientèle référée dans cette modalité. En effet, les critères de référence sont fonction du niveau de détérioration du client en regard des sept sphères du profil bio-psycho-social évalué par l'IGT et de la présence d'une crise en devenir ou récemment vécue par le client. Les besoins de ces derniers apparaissent donc déterminants dans leur entrée en traitement. De plus, une courte période d'attente avant le début du traitement n'est certes pas pour décourager les candidats potentiels (Bergeron, Marcil & Laflamme-Cusson, 1996 ; De Leon et al., 1994). Le fait de se remettre entre les mains d'un service, de spécialistes, d'être logé et nourri peut sûrement agir comme facteur de motivation extrinsèque. D'ailleurs très peu de cas d'abandon au cours de cette phase de traitement sont relevés lorsque les clients y sont référés. Cependant, une fois cette phase terminée, ces clients ont une moins grande probabilité de s'engager dans la deuxième phase de traitement comparativement à ceux qui ont complété leur première phase de traitement en externe. À plus long terme, des clients qui s'engagent dans la deuxième phase de traitement, ceux qui proviennent de l'interne sont plus à risque d'abandonner rapidement comparativement aux clients qui proviennent de la modalité de traitement interne.

D'autre part, au premier abord l'analyse des résultats démontre que les clients référés directement en individuel ont plus de probabilité d'abandonner leur demande d'aide. Toutefois, une analyse plus poussée, qui tient compte de la référence dans les mandats tels que définis dans le cadre de la nouvelle programmation, fait ressortir que ce plus haut taux d'abandon de la demande de service en traitement individuel peut être attribuable aux clients orientés dans le mandat Toxico/Justice. Cette clientèle serait donc plus difficile à engager en traitement. Il est intéressant de noter sur ce point que les résultats relatifs à la prédiction de l'entrée dans la deuxième phase de traitement convergent avec ces derniers. En effet, lorsque l'ensemble de la clientèle ayant participé à la recherche est reclassifiée selon les critères de la nouvelle programmation, les clients identifiés comme appartenant à la catégorie Toxico/Justice ont une moins grande probabilité d'entrer dans la seconde phase de traitement. Il est important de noter sur ce point que seuls les clients référés en interne ou en externe sont considérés dans cette analyse et que les clients référés en thérapie individuelle dans le cadre de la nouvelle programmation ne sont pas ici considérés. Si l'on s'intéresse plus particulièrement à ce groupe de personnes judiciairisées, on constate que, selon les études américaines, les clients qui s'inscrivent en traitement sans contrainte légale ont tendance à abandonner le traitement plus rapidement que les autres ; ce qui a pour effet de nuire à l'impact possible du traitement (Simpson et al., 1986 ; Anglin & Hser, 1990 ; Steer, 1980).

La clientèle du mandat social a plus de chance d'entrer en traitement comparativement aux autres clientèles. Les procédures de référence à ce mandat sont telles que les clients qui ont plus de ressources et moins de besoins criants y sont référés. Ils doivent être capables de poursuivre un traitement en externe. L'abandon au cours de la première phase est cependant plus élevé dans cette modalité de traitement, il y aurait alors abandon des clients possiblement moins motivé. Par contre, pour ce qui est de l'entrée dans la deuxième phase de traitement, la clientèle référée au mandat social se distingue encore par sa plus grande probabilité de poursuite de la démarche. Finalement, ces clients ont un risque d'abandon moins élevé en thérapie individuelle comparativement à l'ensemble des autres clients.

Tableau 21 : Tableau synthèse des résultats de la recherche en fonction de l'orientation dans le traitement et de la comorbidité principale.

Variables indépendantes	Variables dépendantes : les différentes phases du traitement			
	Entrée en RI	Fin RI	Entrée en RII	Abandon durant RII
Orientation dans le traitement :				
- Interne	[5,4%]*** (+)	[3,2%]	[32,4%]	
- Externe	[19,8%]	[24,9%]** (-)	[21,6%]** (+)	** (-)
- En transition	[35,1%]			
- En individuel	[16,7%]** (-)			
Comorbidité principale (mandat) :				
- Troubles de santé mentale	[15,1%]		[22,4%]	
- Problèmes avec la justice	[23,2%]** (-)		[24,9%]* (-)	
- Troubles sociaux	[12,4%]* (+)		[21,0%]** (+)	

[] = pourcentage d'abandon à ce moment.

Ces pourcentages ne sont rapportés que lorsque des différences statistiquement significatives sont observées.

Seuil de signification statistique : * = $p < ,05$; ** = $p < ,01$; *** = $p < ,001$.

Les signes (+) ou (-) indiquent le sens de la relation observée. Par exemple, les personnes référées en traitement interne ont plus de chances d'entrer en traitement comparativement à l'ensemble des personnes référées dans les autres modalités de traitement.

La clientèle Toxicomanie/Santé mentale, semble se situer au niveau moyen en terme de probabilité d'abandon dans les différentes phase de traitement. Dans aucun des cas elle ne se distingue des clientèles référées aux autres mandats.

Les raisons de fin de traitement

Le questionnaire de fin de traitement a permis d'identifier un certain nombre de raisons de fin de traitement. La considération de ces raisons dans les analyses statistiques permet de raffiner la définition de l'abandon. Ainsi, les cas qui ont mis fin à leur traitement pour des raisons hors de leur contrôle ont pu être contrôlés, de même que la référence ou la consultation d'autres ressources extérieures à Domrémy. De plus, il a été possible d'identifier un certain nombre de cas pour lesquels il y a eu entente sur les raisons de fin de traitement. Les données relatives aux clients pour lesquels il y a eu entente sur la fin du traitement apparaissent cohérentes avec la vision que le client a de son amélioration et de sa satisfaction face au traitement. De plus, ces clients seraient demeurés plus longtemps en traitement comparativement aux clients qui ont mis fin pour d'autres raisons.

Certaines des raisons fournies par les clients soulèvent de nouvelles questions relativement à la définition de ce qu'est un cas d'abandon. Les revues des écrits les plus récentes sur l'abandon des traitements mettent en évidence l'importance de considérer dans la définition de l'abandon le caractère unilatéral de la décision du client de mettre fin à son traitement et le désaccord de l'intervenant avec ce choix (Garfield, 1994 ; Cournoyer, 1994). Dans le cadre de la présente recherche, les cas pour lesquels il y aurait eu entente sur la fin du traitement constituent une minorité (6,7%) de ceux qui ont été contacté pour compléter le questionnaire de fin de traitement après avoir mis fin à leur traitement en moins de six mois. En ajoutant à ceux-ci ceux qui sont demeurés en traitement pendant plus de six mois (16,4%), ces données apparaissent comparables à celles observées dans les recherche antérieures réalisées auprès de cette population (Brochu, Landry, Bergeron & Chiocchio, 1994 ; Laflamme-Cusson & 1993).

Néanmoins, un nombre relativement élevé de clients indiquent ne plus avoir besoin de traitement et avoir abandonné leur traitement sans en avoir au préalable discuté avec leur thérapeute (18,1%). Un nombre encore plus élevé de clients mettent fin à leur traitement pour cause d'insatisfaction (23,7%). Certains d'entre eux disent que les services n'étaient pas adaptés à leurs besoins. Dans la mesure où ces causes d'insatisfaction seraient justifiées, est-il approprié de considérer ces cas comme des abandons ? Probablement que oui si ces clients ne poursuivent pas leur traitement ailleurs. Par contre, le cumul d'expériences négatives pourraient décourager le client à reconsulter... Il est aussi possible de se demander si cette perception fait partie de la dynamique personnelle des clients (mécanismes de défense) et du processus normal de transfert propre à la relation thérapeutique ? S'agit-il d'une défaite personnelle attribuée à des causes externes ? Il est difficile de répondre à ces questions. Les catégories référant au manque de motivation et à l'absence de besoins perçus ou à la rémission spontanée ou même à la rechute, peuvent être classifiées avec plus de certitude dans la catégorie d'abandon. Des réflexions plus approfondies mériteraient de porter sur ces questions. Cet état de fait soulève ainsi un ensemble de questions relativement aux critères utilisés dans la définition de ce qu'est un abandon.

Les autres variables prévisionnelles

L'analyse des résultats a permis de mettre en relation l'abandon dans les différentes phases du traitement et un ensemble de variables décrivant les caractéristiques des clients avant d'entrer en traitement ou même en cours de traitement. Une synthèse des résultats significatifs est présentée dans les tableaux 22a et 22b.

Il apparaît que quelques variables du profil bio-psycho-social évalué par l'IGT ont un impact sur

l'abandon dans les différentes phases de traitement. Autant l'échelle d'intensité des problèmes d'alcool que l'indicateur de troubles psychologiques semblent être des facteurs prédicteurs de la persévérance en traitement. Ces échelles traduiraient la notion de besoin de traitement (Baekeland & Lundwall, 1975 ; Hoffman, 1985 ; Craig & Olson, 1988 ; Cournoyer, 1994). Ainsi, la reconnaissance même des problèmes constitue la première étape d'un processus de changement. Ces besoins en termes de détresse psychologique apparaissent être plus déterminants relativement à la fin normale de la première phase de traitement comparativement l'effet des mesures issues de modèles théoriques utilisées dans le cadre de la présente recherche.

Tableau 22(a) :Tableau synthèse des résultats de la recherche en considération des variables mesurées lors du premier moment de passation des questionnaires.

Variables indépendantes	Variables dépendantes : les différentes phases du traitement			
	Entrée en RI	Fin RI	Entrée en RII	Abandon durant RII
Âge		** (+)		
Sexe				
Échelles de l'IGT :				
Alcool	* (+)	*** (+)		
Drogues				
Médical				
Famille				
Psychologique		* (+)		
Emploi/ressources	* (-)			
Légal				
Échelles de l'Index des symptômes psychiatriques :				
Dépression		*** (+)		
Anxiété	*** (+)			
Agressivité				
Troubles cognitifs		** (+)		
Score total		*** (+)		
Échelle de détresse générale		*** (+)		
Stades de changement (URICA) :				
Pré-contemplation		** (-)	* (-)	
Comtemplation	* (+)		** (+)	
Action			** (+)	
Maintien				
Échelle d'estime de soi				
Quantité de soutien social	* (+)			
Satisfaction face au soutien				
Quantité de soutien (Domrémy)	** (+)			
Satisfaction face au soutien (Domrémy)				
Consultation exigée (motif)				
Nombre de motifs de consultation				
Influence des motifs de consultation				

Seuil de signification statistique : * = $p < ,05$; ** = $p < ,01$; *** = $p < ,001$.

Les signes (+) ou (-) indiquent le sens de la relation observée. Par exemple, plus les clients perçoivent avoir un nombre élevé de personnes pouvant les soutenir dans leur démarche à Domrémy-Montréal, plus leur probabilité d'entrer en traitement est élevée.

Tableau 22(b) :Tableau synthèse des résultats de la recherche en considération des variables mesurées lors des deuxième et troisième moments de passation des questionnaires.

Variables indépendantes	Variables dépendantes : les différentes phases du traitement			
	Entrée en RI	Fin RI	Entrée en RII	Abandon durant RII

Échelles de l'IGT (temps 2) :

Alcool, Drogues, Médical, Famille,
Psychologique, Emploi/ressources : nil
Légal

*** (-)

Scores différentiels aux échelles de l'IGT (t1 vs t2) : nil

Échelles de l'Index des symptômes psychiatriques (temps 2) : nil

**Scores différentiels aux échelles de l'Index
des symptômes psychiatriques (t1 vs t2) : nil**

Stades de changement (URICA : temps 2) : nil

**Scores différentiels aux échelles évaluant
les stades de changement (URICA) (t1 vs t2) : nil**

Théorie du comportement planifié (temps 2)

Intention (facteur central)

*** (+)

Doutes (attentes comportementales)

*** (-)

Questionnaire de satisfaction (QSC-8 : temps 2) : nil

Engagement évalué par les intervenants en RI (temps 2)

Comportements manifestant un engagement

* (+)

Comportements manifestant des résistances

Attitudes du client

Engagement évalué par les intervenants en RII (temps 3)

Comportements manifestant un engagement

** (-)

Comportements manifestant des résistances

* (+)

Attitudes du client

Alliance thérapeutique cotée par les clients (temps 3)

Engagement du client

** (-)

Capacité de travail du client

Ententes sur les stratégies de travail

* (-)

Compréhension et implication du thérapeute

* (-)

Seuil de signification statistique : * = $p < ,05$; ** = $p < ,01$; *** = $p < ,001$.

Les signes (+) ou (-) indiquent le sens de la relation observée. Par exemple, plus les clients perçoivent avoir un nombre élevé de personnes pouvant les soutenir dans leur démarche à Domrémy-Montréal, plus leur probabilité d'entrer en traitement est élevée.

L'ampleur de la consommation d'alcool est aussi prévisionnelle d'une durée de plus de six mois en traitement. Un parallèle peut être fait à ce sujet avec l'âge des clients qui agit dans le même sens sur la persévérance en traitement. Ces résultats concordent avec les résultats d'autres études dans la mesure où les clients qui sont principalement consommateurs d'alcool seraient moins détériorés d'une façon générale relativement à leurs ressources personnelles et auraient plus de facilité à s'adapter à la démarche thérapeutique. En effet, l'alcoolisme apparaît plus tardivement dans la vie d'un individu de façon générale (Guyon & Landry, 1996) et ainsi, son potentiel, tel que développé en début de vie, serait moins affecté. Le client dont l'alcool est la principale substance d'abus auraient peut-être, de plus, un profil moins délinquant que la clientèle du mandat Toxicomanie/Justice par exemple. L'alcoolisme est aussi associé aux symptômes de dépression et plusieurs recherches tendent à démontrer que ces symptômes de détresse psychologique sont de bons facteurs pronostics de l'efficacité et de la durée du traitement (MacMurray et

al., 1987 ; Agosti et al., 1991 ; Williams et al., 1991). La relation observée entre l'entrée en traitement et les scores à l'échelle emploi/ressources de l'IGT converge avec les résultats d'autres études (Laflamme-Cusson & Moisan, 1993 ; Boislard, Frigon & Germain, 1992).

Outre le soutien social, les déterminants reliés à l'environnement n'apparaissent pas influencer la persévérance en traitement. En effet, la quantité de soutien social perçue de façon générale est positivement reliée à l'entrée en traitement. Des recherches antérieures guident l'interprétation de ce résultat dans la mesure où la quantité de soutien social qu'un individu a peut être mise en parallèle avec sa capacité à créer des liens, voire, sa sociabilité (Mallinckrodt, 1993). Il s'agirait là d'un facteur de prédiction de l'adaptation de l'individu au traitement. Le soutien social est aussi habituellement associé aux ressources personnelles des individus. Ces deux facteurs détermineraient donc l'abandon de façon concurrente.

Il est intéressant de rappeler l'importance qu'a le soutien des personnes dans l'entourage des clients relativement à la démarche de réadaptation qu'ils entreprennent. En effet, il s'agit là d'une des variables qui priment dans la prédiction de l'entrée en traitement. Ce résultat met encore une fois en évidence l'importance des ressources personnelles d'un individu dans un tel contexte. Son entourage constitue en quelque sorte une de ces ressources. Il s'agirait d'un soutien au traitement en milieu naturel. Cet état de fait permettrait au processus de changement de se poursuivre alors que l'individu n'est pas en contact avec les services.

La vérification du modèle théorique relatif aux stades de changement (DiClemente & Hugues, 1990 ; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) mène à des résultats intéressants dans la mesure où une gradation a été observée relativement à la capacité prévisionnelle des différents stades relativement au phénomène d'abandon. Ainsi, il apparaît que l'entrée en traitement est déterminée par le stade de pré-contemplation. À ce moment, l'individu se questionne sur la nécessité de changer. Si son questionnement est plus intense, il entre en traitement. Alors que ce stade détermine de même l'entrée dans la deuxième phase du traitement, les deux stades qui suivent sont prépondérants dans la prédiction de l'entrée dans cette phase de traitement. Ainsi, le stade de contemplation et celui de l'action sont prédictifs de l'engagement dans une démarche plus approfondie de changement, soit l'entrée en thérapie individuelle. La motivation des individus en considération de ces deux stades est telle qu'ils semblent prêts à regarder plus profondément en eux-mêmes, à travailler à changer dans le cadre d'un processus de thérapie individuel (Deci & Ryan, 1991 ; Ryan, Plant & O'Malley, 1995). Ultimement, c'est le facteur action qui prédomine dans la prédiction de la poursuite du processus thérapeutique.

Ces résultats sont parallèles à ceux observés relativement au facteur central de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) et confirme l'importance du caractère intentionnel et motivationnel de la poursuite du traitement en thérapie individuelle. Toutefois, il apparaît que le facteur intentionnel prime dans la prédiction de l'entrée dans la seconde phase de traitement. Ce résultat converge avec les résultats obtenus dans un grand nombre de recherches relativement à la capacité prévisionnelle de cette théorie.

Les résultats observés au sujet de l'abandon dans la phase de thérapie individuelle peuvent être associés à la capacité prévisionnelle du facteur intention dans la mesure où le rôle du client dans la poursuite du traitement apparaît être déterminant. En effet, l'engagement même du client, selon sa propre perception, détermine sa persévérance dans le traitement dans la mesure où les clients qui se perçoivent comme étant moins engagés sont plus à risque d'abandonner. Cette variable d'engagement prime en fait sur toutes les autres dans le cadre de la phase de thérapie individuelle.

Il ne faut toutefois pas passer sous silence la capacité prévisionnelle de l'entente relative aux stratégies de travail et à la perception qu'a le client de l'engagement et de la compréhension du thérapeute

qui sont toutes deux prévisionnelles de l'abandon du traitement dans la phase de thérapie individuelle. Cependant, il importe de noter que les intervenants sont aussi à même d'identifier quels sont les clients qui sont le plus susceptibles de poursuivre leur démarche de réadaptation. Ainsi, la façon d'être des clients en traitement telle qu'évaluée par les intervenants est elle aussi prévisionnelle de l'abandon. Dans la mesure où ce ne sont pas l'ensemble des clients qui ont répondu aux mesures d'alliance qui ont été cotées par les intervenants, il serait cependant malaisé de conclure hors de tout doute raisonnable que la vision du client prime sur celle du thérapeute.

Finalement, il est intéressant de noter que les variables relatives à l'orientation départ des clients dans le traitement a de moins en moins d'influence au fur et à mesure que le traitement progresse. Le processus d'attrition se produit différemment en fonction de la référence à la première phase de traitement en interne comparativement à la première phase de traitement en externe. De plus, il semblerait que les variables reliées aux conditions du traitement et à l'amélioration à court terme des clients ne soient pas prévisionnelles de la persévérance.

Dans le cas des mesures d'amélioration, il est possible de se demander si elles n'ont pas été complétées trop rapidement. Il ne sera malheureusement pas possible de répondre à cette question. L'erreur de mesure attribuée à de tels indicateurs issus de scores différentiels entre deux moments de passation est un autre facteur pouvant être invoqué. Pour ce qui est des mesures de satisfaction, elles ont été souvent taxées d'être biaisées par la désirabilité sociale. Ce facteur serait d'autant plus déterminant que les clients étaient encore en traitement au moment de les compléter. La mesure de satisfaction suite à la fin de traitement donne cependant des résultats plus démarqués à savoir que les clients qui poursuivent plus de six mois et ceux pour lesquels il y a eu entente sur la fin du traitement affirment être plus satisfaits et s'être améliorés d'une façon plus démarquée.

Chapitre 5

Conclusion

Les résultats de la présente recherche tendent à démontrer que l'abandon du traitement en contexte de réadaptation pour troubles d'alcoolisme et autres toxicomanies est un phénomène complexe et multidimensionnel. En ce sens, différents types d'indicateurs reliés au profil bio-psycho-social, à des modèles théoriques visant la prédiction des comportements ou reliés aux conditions du traitement, ont des poids différents en fonction des moments du traitement et du type de traitement offert.

Par exemple, en ce qui concerne la nature de la substance consommée, il est apparu que l'ampleur des problèmes de consommation d'alcool s'avère déterminant tant dans l'entrée que dans la poursuite du traitement. Cette variable distingue entre autres ceux qui abandonnent leur traitement de ceux qui poursuivent pendant plus de six mois. Certaines des variables du modèle des stades de changement de Prochaska et Diclemente (1983 ; 1992) prédisent l'entrée dans la première phase de traitement alors que d'autres ont un impact à plus long terme sur l'entrée dans la phase de thérapie individuelle. De même, le facteur central de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1988 ; 1991) prédit l'entrée dans cette phase de traitement. Par contre, les variables évaluatives du traitement ne permettent pas de prédire la poursuite outre les indices relevés dans le questionnaire de fin de traitement relatifs à la satisfaction et l'amélioration des clients. Les variables traitant du processus psychothérapeutique permettent de prédire l'abandon dans la phase de thérapie individuelle. Il apparaît de plus que les cliniciens sont capables d'identifier les clients les plus susceptibles de poursuivre le traitement.

Un ensemble de raisons de fin de traitement ont été identifiées. Ces raisons sont particulièrement intéressantes en regard d'une définition plus nuancée de l'abandon. Il a ainsi été possible d'éliminer des analyses, ou même de contrôler pour ce qui est des analyses de régression de survie, les clients qui ont mis fin à leur traitement pour des raisons hors de leur contrôle. En plus d'informer le personnel clinique au sujet des différentes raisons motivant la fin du traitement dans la perspective du client, l'étude des différentes raisons de fin de traitement permet d'étudier le phénomène d'abandon d'une façon plus nuancée. De plus, en elles-mêmes, elles peuvent servir d'objet de recherche. Par exemple, il serait possible d'identifier les facteurs prévisionnels des raisons invoquées par les clients relatives à la fin à son traitement.

Un changement dans la programmation de Domrémy-Montréal est survenu au cours de la recherche. Ce changement est issu d'une compréhension plus nuancée de la clientèle en termes de comorbidité et s'est traduit par des procédures d'appariement. Un tel virage a été effectué afin de mieux cibler les différentes clientèles et d'offrir des services plus adaptés à leurs besoins. Ainsi, des programmes ont été spécifiquement développés pour desservir d'une façon plus juste trois principaux types de clientèle : Toxicomanie/Santé mentale, Toxicomanie/ Justice et Toxicomanie/Troubles sociaux. Ce changement de programmation a toutefois compliqué l'analyse et l'interprétation des résultats.

Il est difficile de connaître les impacts exacts qu'ont eu ces changements dans la mesure où ils ont affecté l'ensemble des procédures et étapes du traitement. Cependant, il a été possible de cibler certains d'entre eux et de les contrôler par la suite dans les analyses statistiques. Bien que les changements de programmation aient en quelque sorte alourdi le processus d'analyse des résultats dans la mesure où leur avènement forçait nécessairement leur prise en considération, ils ont mené à une vision plus nuancée des caractéristiques de la clientèle et offrent ainsi des avenues intéressantes de recherche relativement à ce qui les distingue.

Dans le cadre de la présente étude, les analyses ont été réalisées de façon à maximiser la

puissance statistique afin de pouvoir identifier des tendances dans l'ensemble de la population. Par contre, il apparaîtra intéressant, voire important dans le futur, d'étudier séparément chacune de ces sous-populations. En effet, il est possible de postuler que les variables prévisionnelles sélectionnées dans le cadre de la présente recherche puissent avoir des effets différents dans l'étude de l'abandon en regard de chacune d'entre elles.

En bref, la présente étude a permis de cerner certaines caractéristiques des clients qui sont plus à risque d'abandonner le traitement et ce, en considération des différentes phases de traitement. Les résultats confirment de plus la pertinence de certaines théories issues de la psychologie sociale et de la psychologie de la motivation dans l'étude de la persévérance en traitement. Finalement, il importe de souligner l'importance de l'alliance qui se crée entre le client et l'intervenant relativement à la persévérance dans le traitement.

Références

- Acosta, F.S. (1980). Self-described reasons for premature terminations of psychotherapy by Mexican-American, Black American, and Anglo-American patients. Psychological Reports, 47, 435-443.
- Addenbrooke, W.M., & Rathod, N.H. (1990). Relationship between waiting time and retention in treatment amongst substance abuser. Drug and Alcohol Dependence, 26(3), 255-264.
- Agosti, V., Nunes, E., Stewart, J.W., & Quitkin, F.M. (1991). Patient factors related to early attrition from an outpatient cocaine research clinic: A preliminary report. International Journal of the Addictions, 26(3), 327-334.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (1988). Attitudes, personality and behavior. The Dorsey Press: Chicago.
- Ajzen, I., & Madden, T.J. (1986). Predictions of goal-directed behavior: attitudes, intentions and perceived behavioral control. Journal of Experimental Social Psychology, 22, 453-474.
- Ajzen, I. (1987). Attitudes, traits and actions: dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. In L. Berkowitz (Ed), Advances in Experimental Social Psychology (vol. 20, pp 1-64). New York: Academic Press.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding Attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Alexander, L.B., & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L. Greeberg & W. Pinsof (Eds), The psychotherapeutic process: A resource handbook (pp. 325-366). New York: Guilford Press.
- Allan, C. (1987). Seeking help for drinking problems from a community-based voluntary agency. Patterns of compliance amongst men and women. British Journal of Addiction, 82(10), 1143-1147.
- Allison, P. (1984). Event history analysis: regression for longitudinal event data. Beverly Hills, CA: Sage.
- Anglin, M. D., Brecht, M. L., & Maddahian, E. (1990). Pre-treatment Characteristics and Treatment Performance of Legally Coerced versus Voluntary Methadone Maintenance Admissions. Criminology, 23, 1011-1027.
- Anglin, M. D., & Hser, Y. I. (1990). Treatment of Drug Abuse. in M. Tonry, & J. Q. Wilson (Eds.), Drugs and Crime, Crime and Justice: A Review of Research 13, (pp. 393-460). Chicago: The University of Chicago Press.
- Anglin, M. D., McGlothlin, W. H., & Speckart, G. (1981). The Effect of Parole on Methadone Patient Behavior. American Journal on Drug and Alcohol Abuse, 8, 153-170.
- Armor, D.J., Polich, J.M., & Standbull, H.B. (1978). Alcoholism and treatment. New York, N Y: Wiley.
- Atkinson, R.M., Tolson, R.L., & Turner, J.A. (1990). Late versus early onset problem drinking in older men. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 14(4), 575-579.
- Attkisson, C.C., & Zwick, R (1982). The client satisfaction questionnaire: properties and correlations with service utilisation and psychotherapy outcome. Evaluation and Program Planning, 5, 233-237.
- Baekland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. Psychological Bulletin, 82,

738-783.

- Balch, P., Ireland, J., McWilliams, S., & Lewis, S. (1977). Client expectations of community mental health services. American Journal of Community Psychology, 5, 243-247.
- Bandura, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. Cognitive Therapy and Research, 8, 231-255.
- Bandura, A. (1977b). Social learning theory. Englewood, N J: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and actions. Englewood, N J: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology, 6, 1173-1182.
- Barrera, M. Jr. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: assessment issues. In B.H. Gottlieb (éd.) Social networks and social support (pp. 69-96). Beverly Hills, CA: Sage.
- Barrera, M. Jr. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. American Journal of Community Psychology, 14, 413-445.
- Barth, K., Havik, O.E., Nielsen, G., Haver, B., Molstad, E., Rogge, H., Skatun, M., Heiberg, A.N., & Ursin, H. (1988). Factor analysis of the evaluation form for selecting patients for short-term anxiety-provoking psychotherapy. Psychotherapy and Psychosomatics, 49, 47-52.
- Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, R.L. (1985). Anxiety disorders and phobias. New York: Basic Books.
- Beck, N.C., Shekim, W., Fraps, C., Borgmeyer, A., & Witt, A. (1983). Prediction of discharges against medical advice from an alcohol and drug misuse treatment program. Journal of Studies on Alcohol, 44(1), 171-180.
- Beckman, L.J., & Bardsley, P.E. (1986). Individual characteristics, gender differences and drop-out from alcoholism treatment. Addiction and Alcoholism, 21, 213-224.
- Bell, M.D. (1985). Three therapeutic communities for drug abusers: Differences in treatment environments. International Journal of the Addictions, 20(10), 1523-1531.
- Bennet, G., & Rigby, K. (1991). Psychological change during residence in a rehabilitation center for female drug misusers. Part 1. Drug misusers. Drug and Alcohol Dependence, 27, 149-157.
- Bergeron, J., Marcil, I., Laflamme-Cusson, S. (1996). Cheminement et persévérance des clients qui entreprennent un traitement de réadaptation en toxicomanie. Science et comportement, 24 (3), 95-110.
- Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugois, P., & Trépanier, M. (1992). Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool: l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT). Rapport présenté à la Direction générale de la planification et de l'évaluation. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Berrigan, L.P., & Garfield, S.L. (1981). Relationship of missed psychotherapy appointments to premature

- termination and social class. The British Journal of Clinical Psychology, 20, 239-242.
- Betz, N.E., & Schullman, S.L. (1979). Factors related to client return rate following intake. Journal of Counseling Psychology, 26, 542-545.
- Brewer, L.G., Zawadski, M.L., & Lincoln, R. (1990). Characteristics of alcoholics and codependents who did and did not complete treatment. The International Journal of the Addictions, 25, 653-663.
- Brizer, D.A., Maslansky, R., & Galanter, M. (1990). Treatment retention of patients referred by public assistance to an alcoholism clinic. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 16(3-4), 259-264.

- Brochu, S., Landry, M., Bergeron, J., Chiocchio, F. (1995). Rapport de recherche sur l'efficacité du traitement à Domrémy-Montréal. Rapport présenté à Santé Canada, dans le cadre du Programme National de Recherche et de Développement en matière de Santé (PNRDS), mars 1995 (105 pages).
- Budd, R.J. (1986). Predicting cigarette use: The need to incorporate measures of salience in the theory of reasoned action. Journal of Applied Social Psychology, 16, 663-685.
- Cartwright, R.D., & Lerner, B. (1963). Empathy, need to change and improvement in psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, 27, 138-144.
- Chan, L.S., Wingert, W.A., Wachsman, L., Schuetz, S., & Rogers, C. (1986). Differences between dropouts and active participants in a pediatric clinic for substance abuse mothers. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 12, 89-99.
- Charette, R., & Thiboutot, J. (1981). La mesure de satisfaction: pertinence, limites et solutions, Revue québécoise de psychologie, 2, 3-20.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.
- Cochran, S.D., & Gitlin, M.J. (1988). Attitudinal correlates of lithium compliance in bipolar affective disorders. Journal of Nervous and Mental Disease, 176, 457-464.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S. et WILLS, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98 (2), 310-357.
- Collins, J. J., & Flewelling, R. L. (1991). Interpersonal Violence as Normative Conduct. American Society of Criminology annual meeting, San Francisco.
- Conrad, D.C. (1952). An empirical study of the concept of psychotherapeutic success. Journal of Consulting Psychology, 16, 92-97.
- Cournoyer, L.G. (1994). Les précurseurs cognitifs de l'abandon prématuré de la psychothérapie. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Cournoyer, L.G., Laplante, B., & Sabourin, S. (1993). Le rejet de l'aide professionnelle en santé mentale. Communication présentée au congrès de la Société canadienne de psychologie, Montréal.
- Cournoyer, L.G., Ouellet, H., & Sabourin, S. (Article soumis). Conceptions unidimensionnelle et multidimensionnelle de l'alliance en psychothérapie: Indices de validité convergente. Revue Canadienne des Sciences du Comportement.
- Cournoyer, L.-G., & Sabourin, S. (1989). Prédiction de l'abandon en psychothérapie par la théorie de l'action raisonnée. Communication présentée au 12^e congrès de la Société québécoise pour la recherche en psychologie.
- Cox, D.R. (1972). Regression models and life tables. Journal of Royal Statistical Society, series B34, 187-202.
- Craig, R.J. (1985). Reducing the treatment drop out rate in drug abuse programs. Journal of Substance Abuse Treatment, 2, 209-219.

- Craig, R.J., & Olson, R.E. (1988). Differences in psychological need hierarchy between program completers and dropouts from a drug abuse treatment program. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 14(1), 89-96.
- Craig, R.J., Rogalski, C.J., & Veltri, D. (1982). Predicting treatment dropouts from a drug abuse rehabilitation program. International Journal of the Addictions, 17(4), 641-653.
- Craig, R.J. (1984a). Can personality tests predict treatment dropouts? International Journal of the Addictions, 19(6), 665-674.
- Craig, R.J. (1984b). Personality dimensions related to premature termination from an inpatient drug abuse treatment program. Journal of Clinical Psychology, 40(1), 351-355.
- Cross, D., & Warren, C. (1984). Environmental factors associated with continuers and terminators in adult outpatient psychotherapy. British Journal of Medical Psychology, 57, 363-369.
- Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In Dienstbier (Ed.), Nebraska symposium on motivation, Vol. 38. Perspectives on motivation (pp. 237-288). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- De Leon, G., Melnick, G., Kressel, D. et Jainchill, N. (1994). Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability (The CMRS Scales): Predicting Retention in Therapeutic Community Treatment. American Journal of alcohol Abuse, 20(4), pp. 495-515.
- DeLeon, G. (1985). The therapeutic community: Status and evolution. The International Journal of the Addictions, 20(6-7), 823-844.
- DeLeon, G., & Jainchill, M.A. (1986). Circumstance, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. Journal of Psychoactive Drugs, 18, 203-208.
- Denner, B., & Halprin, F. (1974b). Measuring consumer satisfaction in a community outpost. American Journal of Community Psychology, 2, 13-22.
- Denner, B., & Halprin, F. (1974a). Clients and therapists evaluate clinical services. American Journal of Community Psychology, 2, 373-378.
- Derogatis, L., Lipman, R., Rickels, K., Uhlenhuth, E., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptoms Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. Behavioral Science, 19, 1-5.
- Diclemente, C.C., & Hugues, S.O. (1990). Stages of changes profiles in outpatient alcoholism treatment. Journal of Substance Abuse, 2, 217-235.
- Diclemente, C.C., & Prochaska, J.O. (1982). Self-change and therapy change or smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. Addictive Behavior, 7, 133-142.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M., & Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 295-304.
- Dodd, J.A. (1970). A retrospective analysis of variables related to duration of treatment in a university psychiatric clinic. Journal of Nervous and Mental Disease, 151, 75-85.
- Donovan, D.M., & Marlatt, G.A. (1980). Assessment and expectancies and behavior associated with alcohol

- consumption. Journal of Studies on Alcohol, 41, 1153-1185.
- Dumont, M., & Kiely, M.C. (1987). L'évaluation dans le processus d'intervention communautaire. In J. Guay (Ed.), Manuel québécois de psychologie communautaire (pp. 213-242). Chicoutimi: Gaétan Morin.
- Eaton, T.T., Abeles, N., & Gutfreund, M. J. (1988). The therapeutic alliance and outcome: Impact of treatment length and pretreatment symptomatology. Psychotherapy, 25, 536-542.
- Epperson, D.L. (1981). Counselor gender and early premature terminations from counseling: A replication and extension. Journal of Counseling Psychology, 28, 349-356.
- Erickson, E.H. (1950). Childhood and society. New York: Norton.
- Feigelman, W. (1987). Day-care treatment for multiple drug abusing adolescents: Social factors linked with completing treatment. Journal of Psychoactive Drugs, 19(4), 335-344.
- Fink, E.B., Rudden, S., Longabaugh, R., McCrady, B.S., & Stout, R. (1984). Adherence in a behavioral alcohol program. International Journal of the Addictions, 19, 709-719.
- Fishbein, M., & Middlestadt, S.E. (1987) Using the theory of reasoned action to develop educational interventions: Applications to illicit drug use. Special Issue: Drugs. Health Education Research, 2, 361-371.
- Frayn, D.H. (1992). Assessment factors associated with premature psychotherapy termination. American Journal of Psychotherapy, 2, 250-261.
- Freund, R.D., Russell, T.T., & Schweitzer, S. (1991). Influence of length of delay between intake session and initial counseling session on client perceptions of counselors and counseling outcomes. Journal of Counseling Psychology, 38, 3-8.
- Garfield, S.L., & Wolpin, M. (1963). Expectations regarding psychotherapy. Journal of Nervous and Mental Disease, 137, 353-362.
- Garfield, S. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (3rd ed.). New York: Wiley.
- Garfield, S.L. (1983). Some comments on consumer satisfaction in behavior therapy. Behavior therapy, 2, 237-241.
- Gaston, L. (1991). Reliability and Criterion-Related Validity of the California Psychotherapy Alliance Scales-Patient Version. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3, 68-74.
- Gaston, L. (1990). The role of the alliance in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. Psychotherapy.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: components, consequences, and theoretical antecedents. The Counseling Psychologist, 13, 155-243.
- Godbout, J.T. (1986). La démocratie des usagers. Montréal: Boréal Express.
- Gossop, M. (1978). Drug dependence: a study of the relationship between motivational, cognitive, social and historical factors and treatment variables. Journal of Nervous and Mental Disease, 166, 44-50.

- Gottschalk, L.A., Mayerson, P., & Gottlieb, A.A. (1967). Prediction and evaluation of outcome in an emergency brief psychotherapy clinic. Journal of Nervous and Mental Disease, 144, 77-96.
- Greenberg, J.K., & Mitchell, S.A. (1983). Object relations in psychoanalytic theory. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Guyon, L. & Landry, M. (1996). L'abus de substances psychoactives, un problème parmi d'autres ? Psychotropes: R.I.T., 2(1), 61-80.
- Hecker, B.L., & Ajzen, I. (1983). Improving the prediction of health behavior: An approach based on the theory of reasoned action. Academic Psychology Bulletin, 5, 11-19.
- Heisler, G.H., Beck, N.C., Fraps, C., & McReynolds, W.T. (1982). Therapist ratings as predictors of therapy attendance. Journal of Clinical Psychology, 38(4), 754-758.
- Hendricks, U.M., Kaplan, C.D., Vanlimbeek, J., & Geerlings, P. (1989). The addiction Severity Index: Reliability and validity in a Dutch addict population. Journal of Substance Abuse Treatment, 6, 133-141.
- Hill, C.E., & Corbett, M.M. (1993). A perspective on the history of process and outcome research in counseling psychology. Journal of Counseling Psychology, 40, 3-24.
- Hill, C.E. (1992). An overview of four measures developed to test the Hill process model: Therapist intention, therapist response mode, clients reaction & clients behaviors. Journal of Counseling and Development, 70, 728-737.
- Hoffman, J.J. (1985). Client factors related to premature termination of psychotherapy. Psychotherapy, 22.
- Hoogstraten, J., & de Haan, W. (1985) Stimulating the demand for dental care: An application of Ajzen and Fishbein's theory of reasoned action. European Journal of Social Psychology, 15, 401-414.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. Journal of Counseling Psychology, 36, 223-233.
- Hosmer, D.W., & Lemeshow, S. (1989). Applied logistic regression. New York, N Y: Wiley.
- Hsieh, F.Y. (1989). Sample size tables for the logistic regression. Statistics in medicine, 8, 803-811.
- Husaini, B.A., Neff, J.A., Newbrough, J.R. et Moore, M.C. (1982). The stress buffering role of social support and personal competence among the rural married. Journal of Community Psychology, 10, 409-426.
- Hynan, D.J. (1990). Client reasons and experiences in treatment that influence termination of psychotherapy. Journal of Clinical Psychology, 46, 891-895.
- Ilfeld, F.W. (1978). Psychological status of community residents along major demographics dimensions. Archives of General Psychiatry, 35, 716-724.
- Keithly, L., Samples, S., & Strupp, H. (1980). Patient motivation as a predictor of process and outcome in psychotherapy. Psychotherapy and Psychosomatics, 33, 87-97.
- Keso, L., & Salaspuro, M. (1990). Inpatient treatment of employed alcoholics: A randomized clinical trial on Hazelden-type and traditional treatment. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 14(4), 584-589.

- Kirchner, J., & Hogan, R. (1982). Patient feedback at a community mental health center: Year 3. Professional Psychology, 13, 431-438.
- Kleinman, P.H., Kang, S-Y., Lipton, D.S., Woody, G.E., Kemp, J., & Millman, R.B. (1992). Retention of cocaine abusers in outpatient psychotherapy. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 18(1), 29-43.
- Koballa, T.R. (1988). The determinants of female junior high school students' intentions to enroll in elective physical science courses in high school: Testing the applicability of the theory of reasoned action. Journal of Research in Science Teaching, 25, 479-492.
- Kohut, H. (1977). The restoration of the self. Madison, CT: International University Press.
- Kohut, H. (1971). The analysis of the self. Madison, CT: International University Press.
- Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1987). Premature termination at a University Counseling Center. Journal of Counseling Psychology, 34, 80-82.
- Kosten, T.R., Rounsaville, B.J., & Kebler, H.D. (1985). Concurrent validity of the Addiction Severity Index. Journal of Nervous and Mental Disease, 171, 606-610.
- Kovess, V., Murphy, H. G. M., Tousignant, M., & Fournier, L. (1985). Evaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski. Montréal: Unité de recherche psychosociale du Centre Hospitalier Douglas.
- Laflamme-Cusson, S., & Moisan, C. (1993) Le cheminement de la clientèle adulte des établissements publics de réadaptation de la toxicomanie, étude conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'équipe Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ), 124pp.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. M., & Bergin, A. E. (1986). The effects of psychotherapy. In S. L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.); Handbook of psychotherapy and behavior change (3rd ed.). New-York: Wiley.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. Evaluation and Program Planning, 5, 197-207.
- Lazarus, R.S. (1995). Vexing research problems inherent in cognitive-mediational theories of emotion - and some solutions. Psychological Inquiry, 6, 183-196.
- Lebow, J. L. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings. Evaluation and Program Planning, 6, 211-236.
- Lebow, J.L. (1982). Pragmatic decisions in the evaluation of consumer satisfaction with mental health treatment. Evaluation and Program Planning, 5, 349-356.
- Leigh, G., Ogborne, A.C., & Cleland, P. (1984). Factors associated with patient dropout from an outpatient alcoholism treatment service. Journal of Studies on Alcohol, 45(4), 359-362.
- Longo, D.A., Lent, R.W., & Brown, S.D. (1992). Social cognitive variables in the prediction of client motivation and attrition. Journal of Consulting Psychology, 39, 447-452.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. Archives of General Psychiatry, 42, 602-611.

- Luborsky, L., Chandler, M. Auerbach, A.H., Cohun, J., & Bachrach, H.M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. Psychological Bulletin, 75, 145-185.
- MacMurray, J.P., Nessman, D.G., Haviland, M.G., & Anderson, D.L. (1987). Depressive symptoms and persistence in treatment for alcohol dependence. Journal of Studies on Alcohol, 48(3), 277-280.
- Malan, D.H. (1976). Toward the validation of dynamic psychotherapy: A replication. New York: Plenum.
- Malan, D.H. (1963). A study of brief psychotherapy. New York: Plenum Press.
- Mallinckrodt, B. (1993). Session impact, working alliance, and treatment outcome in brief counseling. Journal of Counseling Psychology, 40, 25-32.
- Marlatt, G.A., & Donovan, D.M. (1982). Behavioral psychology approaches to alcoholism. In E.M. Pattison & E. Kaufman (Eds.). Encyclopedic handbook of Alcoholism. New York, N Y: Gardner Press.

- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Gaston, L. (1989). Towards the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1, 46-52.
- Marmar, C.R., & Gaston, L. (1988). Manual for the California Psychotherapy Alliance Scales. Unpublished document.
- Marsh, J.C., & Miller, N.A. (1985). Female clients in substance abuse treatment. International Journal of the Addictions, 20(6-7), 995-1019.
- Martin, F. Sabourin, S., & Gendreau, P. (1989). Les dimensions de la détresse psychologique: Analyse factorielle confirmatoire de type hierarchique. International Journal of Psycholgy, 24, 571-584.
- Mayer, K.U., & Tuma, N.B. (1990) Event history in lifecourse research. Madison, Wisconsin: The university of Wisconsin press.
- McClelland, G.H., & Judd, C.M. (1993). Statistical difficulties of detecting interactions and moderator effects. Psychological Bulletin, 114, 376-390.
- McConaughy, E.A., Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20, 369-375.
- McGlothlin, W. H., & Anglin, M. D. (1981). Long-Term Follow-up of High- and Low-Dose Methadone Programs. Archives of General Psychiatry, 38, 1055-1063.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, C.E., & O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Journal of Nervous and Mental Disease, 168, 26-33.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J.U., Griffith, J., Evans, F.L., Harriet, L.B., & O'Brien, C. (1985). New data from the Addiction Severity Index: Reliability and validity in three centers. The Journal of Nervous and Mental Disease, 173, 412-423.
- McNeill, B.W., May, R.J., & Lee, V.E. (1987). Perceptions of counselor source characteristics by premature and successful terminator. Journal of Counseling Psychology, 34-1, 86-89.
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive-behavior modification. New York, N Y: Plenum.
- Mennicke, S.A., Lent, R.W., & Burgoyne, K.L. (1988). Premature termination from university counseling centers: A review. Journal of Counseling and Development, 66, 458-465.

- Michaux, D., Cournoyer, L.-G., & Sabourin, S. (1991). Relation entre le support social, la détresse psychologique et l'estime de soi. Communication présentée au 59^e congrès de l'Association canadienne française pour l'avancement de la science.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. Psychological Review, 80, 252-283.
- Nguyen, T. D., Attkisson, C. C., & Stegner, B. L. (1983). Assessment of patient satisfaction: Development and refinement of a service evaluation questionnaire. Evaluation and Program Planning, 6, 299-314.
- Norman, N.M., & Tedeschi, J.T. (1989). Self-presentation, reasoned action, and adolescents' decisions to smoke cigarettes. Journal of Applied Social Psychology, 19, 543-558.
- O'Connell, D.O., & Velicer, W.F. (1988). A decisional balance measure of the stages of change model for weight loss. The International Journal of Addiction, 23, 729-840.
- Pekarik, G. (1985a). Coping with dropouts. Professional Psychology: Research and Practice, 16, 114-123.
- Pekarik, G. (1992). Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment. Journal of Clinical Psychology, 48, 379-387.
- Pekarik, G. (1983b). Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment. Journal of Clinical Psychology, 39, 909-913.
- Pekarik, G. (1983a). Follow-up adjustment of outpatients dropouts. American Journal of Orthopsychiatry, 53, 501-511.
- Pekarik, G. (1987). Outpatient clinic therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout. Community Mental Health Journal, 23, 120-130.
- Pekarik, G. (1992). Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. Journal of Clinical Psychology, 48, 91-98.
- Perreault, M., & Leichner, P. (1990). Développement et validation d'une échelle multi-dimensionnelle de satisfaction des parents de services ambulatoire en psychiatrie. Rapport final d'une recherche subventionné par le Fonds de la recherche en santé du Québec. 881315
- Polich, J.M., Armor, D.J., & Braiker, H.B. (1980). The course of alcoholism: Four years after treatment (R-2433-NIAAA). Santa Monica, California : The Rand Corporation.

- Powell, B.J., Penick, E.C., Rahaim, S., Read, M.R., & DeSouza, C. (1987). The dropout in alcoholism research: A brief report. The International Journal of the Addictions, 22(3), 283-287.
- Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In Hersen, M., Eisler, R.M. et Miller, P.M. (Eds.) Progress in behavior modification. NY: Psycamore.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. et Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 17(9), 1102-1114.
- Prochaska, J.O., & DiClemente (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19, 276-288.
- Prochaska, J.O. (1979;1984). Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Prue, D., Keane, T., Cornelle, J., & Foy, D. (1979). An analysis of distance variables that affect aftercare attendance. Community Mental Health Journal, 15, 149-154.
- Rappaport, R., Lee, V., & Rodolfa, E. (1985). Variables related to premature terminations in a university counseling service: A reply to Saltzman's (1984) comment. Journal of Counseling Psychology, 32, 469-471.
- Rees, D.W. (1985). Health beliefs and compliance with alcoholism treatment. Journal of Studies on Alcohol, 46(6), 517-524.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J. et Ratcliff, K.S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its History, Characteristics, and Validity. Archives of General Psychiatry, 38, 381-389.
- Rodolfa, E., Rappaport, R., & Lee, V. (1983). Variables related to premature terminations in a university counseling service. Journal of Counseling Psychology, 30, 87-90.
- Roehling, P.V., & Goldman, M.S. (1987). Alcohol expectancies and their relationship to actual drinking experiences. Psychology of Addictive Behaviors, 1, 108-113.
- Roffe, M.W. (1981). Predictive correlates of treatment program completion in a sample of male alcoholics. International Journal of the Addictions, 16, 849-857.
- Rosenbaum, R.L., & Horowitz (1983). Motivation for psychotherapy: A factorial analysis. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20, 346-354.

- Rosenthal, D., & Frank, J.D. (1958). The fate of psychiatric clinic out-patient assigned to psychotherapy. Journal of Nervous and Mental Disease, 127, 330-343.
- Ryan, R.M., Plant, R.W. et O' Malley, S. (1995). Initial motivation for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. Addictive Behaviors, 20(3), 279-297.
- Sabourin, S., Gendreau, P., & Frenette, L. (1987). Le niveau de satisfaction des cas d'abandon dans un service universitaire de psychologie. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 19, 314-323.
- Sabourin, S. Gendreau, P., & Cournoyer, L.G. (1992). Le rejet de l'aide professionnelle en santé mentale. Rapport final d'une recherche subventionné par le Conseil québécois de la recherche sociale. RS 1351-087
- Sabourin, S., & Gendreau, P. (1988). Assessing satisfaction with mental health treatment among French-Canadians. Applied Psychology, 37, 327-335.
- Sabourin, S., Pérusse, D., & Gendreau, P. (1989). Les qualités psychométriques de la version Canadienne-Française du questionnaire de satisfaction du consommateur de services psychothérapeutiques. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 21, 147-159.
- Saltzman, C. (1984). Variables related to premature terminations in a university counseling service: A comment on Rodolfa, Rapaport and Lee. Journal of Counseling Psychology, 31, 402-404.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Shearin, E.N. et Pierce, G.R. (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications. Journal of Social and Personal Relationships, 4, 497-510.
- Sarason, I.G., Levine, M.H., Basham, R.B. et Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 44, 127-139.
- Schifter, D.E., & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: An application of the theory of planned behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 49, 843-851.
- Schoenfeld, D.A. (1983). Sample-size formula for the proportional-hazards regression model. Biometrics, 39, 499-503.
- Siegel, N., & Fink, M. (1962). Motivation for psychotherapy. Comprehensive Psychiatry, 3, 170-173.

- Sifneos, P. (1972). Short-term psychotherapy and emotional crisis. Harvard University Press: Cambridge.
- Sifneos, P. (1978). Motivation for change: A prognostic guide for successful psychotherapy. Psychotherapy and psychosomatics, 29, 293-298.
- Silberfeld, M. (1978). Psychological symptoms and social support. Social Psychiatry, 13, 11-17.
- Simpson, D. D., & Friend, H. J. (1988). Legal Status and Long Term Outcomes for Addicts in the DARP Followup Project. in NIDA Research Monograph Series, Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice, Vol. 86, (pp. 81-98). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Simpson, D.D. (1981). Treatment for drug abuse - Follow-up outcomes and lenght of time spent. Archives of General Psychiatry, 38, 875-880.
- Simpson, D.D., & Sells, S.B. (1982). Evaluation of drug treatment effectiveness: summary of the DARP follow-up research. National institute on drug abuse treatment reserach report. Washington, D.C.: US Government printing office.
- Simpson, D.D. (1979) The relation of time spent in drug abuse treatment to post treatment outcome. American Journal of Psychiatry, 136, 1449-1453.
- Solomon, K.E., & Annis, H.M. (1989). Development of a scale to measyre outcome expectancy in alchoolics. Cognitive Research and Therapy, 13, 409-421.
- Solomon, K.E., & Annis, H.M. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behavior. British Journal of Addiction, 85, 659-665.
- Sorenson, J., Kantor, L., Margolis, R., & Galano, J. (1979). The extent, nature and utility of evaluating consumer satisfaction in community health centers. American Journal of Community Psychology, 7, 329-337.
- Speckart, G. R., Anglin, M. D., & Deschenes, E. P. (1989). Modeling the Longitudinal Impact of Legal Sanctions on Narcotics Use and Property Crime. Journal of Quantitative Criminology, 5, 33-56.
- Spielberger, C.D., Rickman, R.L. (1990). Assessment of state and trait anxiety, in N. Sartorius et al. (Eds.), Anxiety : Psychobiological and clinical perspectives. New York : Hemisphere Pub. Co.
- Stark, M.J., Campbell, B.K., & Brinkerhoff, C.V. (1990). "Hello, may we help you?" A study of attrition prevention at the time of the first phone contact with substance-abusing clients. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 16(1-2), 67-76.

- Stark, M.J., & Campbell, B.K. (1988). Personality, drug use, and early attrition from substance abuse treatment. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 14(4), 475-485.
- Steinglass, P., Grantham, C.E., & Herteman, M. (1980). Predicting which patients will be discharged against medical advice: A pilot study. American Journal of Psychiatry, 137, 1385-1389.
- Thoits, P.A. (1982). Life stress, social support, and psychological vulnerability: Epidemiological considerations. Journal of Community Psychology, 10, 341-362.
- Timko, C. (1987). Seeking medical care for a breast cancer symptom: determinants of intentions engage in prompt or delay behavior. Health Psychology, 6, 305-328.
- Tousignant, M., & Kovess, V. (1985). L'épidémiologie en santé mentale: Le cadre conceptuel de l'enquête Santé-Québec. Sociologie et Sociétés: Santé Mentale et Processus Sociaux, 17, 15-26.
- Tryon, G.S. (1990). Session depth and smoothness in relation to the concept of engagement in counseling. Journal of Counseling Psychology, 37, 248-253.
- Tryon, G.S., & Kane, A.S. (1993). Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. Journal of Counseling Psychology, 40, 33-36.
- Velleman, R. (1984). The engagement of new residents: A missing dimension in the evaluation of half way houses for problem drinkers. Journal of Studies on Alcohol, 45(3), 251-259.
- Ware, J.E., J.R., Snyder, M.K., Wright, W.R., & Davies, A.R., (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning, 6, 247-263.
- Welte, J.W., Hynes, G., Sokolow, L., & Lyons, J.P. (1981). Comparison of clients completing inpatient alcoholism treatment with clients who left prematurely. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 5, 393-399.
- Wilcox, B.L. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment: a test of the buffering hypothesis. American Journal of Community Psychology, 9, 371-386.
- Williams, M.T., & Roberts, C.S. (1991). Predicting length of stay in long-term treatment for chemically dependent females. International Journal of the Addictions, 26(5), 605-613.
- Wilson, E.N., & Whelan, W.M. (1983). Anxiety as a factor in continuance and dropout in treatment. The International Journal of the Addictions, 18, 577-582.
- Woodward, S., Santa-Barbara, J., Levin, S., & Epstein, N. (1978). Aspects of consumer satisfaction with brief family therapy. Family Process, 17, 399-407.

LES PUBLICATIONS DU RISQ

CAHIERS DE RECHERCHE

- CR-1** BERGERON, J., LANDRY, M., ISHAK, I., VAUGEOIS, P., TRÉPANIÉ, M. (1992). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool, l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*. (102 pages). 10,20\$
- CR-2** BERGERON, J., GOSSELIN, M. (1993). *Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R*. (80 pages). 8,00\$
- CR-3** BROCHU, S., KISHCHUK, N., LANDRY, M., MERCIER, C., NADEAU, L. et coll. (1993) *Programme de recherche du RISQ: Cadre conceptuel*. (119 pages). 11,90\$
- GUYON, L., NADEAU, L., BOYER, R. (1993). *Devis pour la réalisation d'enquêtes épidémiologiques en toxicomanie*. Document déposé au Ministère de la Santé et des services sociaux. Publié par le MSSS. ([s'adresser au MSSS directement](#))
- CR-4** GUYON, L., LANDRY, M. et coll. (1993). *Analyse descriptive de la population en traitement de Domrémy-Montréal, à partir de l'IGT 1991-1992. Résultats généraux*. (62 pages). 6,20\$
- CR-5** LAFLAMME-CUSSON, S., GUYON, S., LANDRY, M. (1993). *Analyse comparée de la clientèle de trois centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes à partir de l'IGT*. (60 pages) 6,00\$
- LAFLAMME-CUSSON, S., MOISAN, C. et coll. (1993). *Le cheminement des bénéficiaires dans trois centres de réadaptation pour personnes toxicomanes*. Publié par le MSSS. ([s'adresser au MSSS directement](#))
- NADEAU, L. (1993) *La dépendance aux substances psychoactives : la définition de la toxicomanie et l'évaluation psychologique*. (15 pages). ([Discontinué](#))
- CR-7** BROCHU, S. (1994) *Drogue et criminalité : mythe ou réalité?* (26 pages). 2,60\$
- CR-8** CUSSON, F., LAFLAMME-CUSSON, S. (1994). *La drogue au Québec : recherches et trouvailles*. (173 pages) 17,30\$
- CR-10** KEIGHAN, S. (1994). *La prévalence des conduites de risque chez les toxicomanes utilisateurs de drogues intraveineuses et les toxicomanes non-utilisateurs de drogues intraveineuses*. (75 pages). 7,50\$
- CR-9** LAFLAMME-CUSSON, S. (1994) *L'alcool au Québec : recherches et trouvailles*. (147 pages). 14,70\$
- CR-11** LOSLIER, L., LANDRY, M., GUYON, L. (1994). *Variations de l'Indice de gravité d'une toxicomanie et origine des clients de Domrémy-Montréal. Analyse géographique*. (82 pages). 8,20\$
- CR-12** MERCIER, C. (1994). *Toxicomanie et Itinérance*. Recension des écrits. (38 pages). 3,80\$
- CR-13** BROCHU, S. (1995) *Prévention de la toxicomanie : prévention de la délinquance : prévention de la déviance*. (22 pages). 2,20\$
- CR-14** DESJARDINS, L., GERMAIN, M. (1995). *Profil de la clientèle à double problématique : toxicomanie et délinquance*. (66 pages). 6,60\$
- CR-15** RACINE, S., NADEAU, L. (1995). *Interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie*. (47 pages). 4,70\$
- CR-16** ALARIE, S., BOUCHER, S., DUFOUR, M., PARENT, I., RACINE, S., SIMONEAU, H. (1996). *Affiches de recherches sur les toxicomanies*. (70 pages). 7,00\$
- CR-17** LANDRY, M., NADEAU, L., RACINE, S. (1996) *Prévalence des troubles de la personnalité dans la*

population toxicomane du Québec (52 pages). 5,20\$

- CR-18** LANDRY, M., GUYON, L., BEAUVAIS, B. (1997) *Évaluation du profil biopsychosocial de la clientèle toxicomane en réadaptation à Domrémy-Montréal entre 1991 et 1995*. (42 pages). 4,20\$

CAHIERS TECHNIQUES

- CT-1** BRUNELLE, N. (1992). *Drug Abuse Screening Test (DAST) et Alcohol Dependence Scale (ADS). Guides pratiques à l'intention des utilisateurs*. (28 pages). 2,80\$
- CT-2** DESJARDINS, L., GUYON, L. (1993). *Constitution de la banque de données IGT de Domrémy-Montréal, 1991-1992*. (100 pages). 10,00\$
- CT-3** ALARIE, S., BRUNELLE, N. (1994). *Évaluation de la consommation d'alcool et de drogue auprès d'un échantillon de détenus au Centre de détention de Montréal*. (69 pages) 6,90\$
- CT-4** PROVOST, G., MERCIER, C. (1994). *La comorbidité des troubles psychiatriques chez des alcooliques et des toxicomanes : classification de la littérature spécialisée*. (266 pages). 26,60\$
- CT-5** PARENT, I. (1995). *Toxicomanies et comportements à risque pour le VIH/SIDA chez les femmes incarcérées : classification de la littérature spécialisée*. (146 pages). 14,60\$