

Cheminement et persévérance des clients qui entreprennent un programme de réadaptation en toxicomanie

Jacques Bergeron, Isabelle Marcil
et Suzanne Laflamme-Cusson

Université de Montréal

Résumé

Dans cette étude, les dossiers de 329 clients de trois centres de réadaptation des toxicomanies ont été examinés afin d'identifier les caractéristiques des clients et celles du programme de traitement reliées à la persévérance en traitement. Les caractéristiques démographiques, certaines variables de traitement (son intensité, son individualisation et le poids relatif de divers objectifs thérapeutiques) et les scores de gravité aux échelles de l'ASI-IGT permettent d'établir le profil des clients en regard de la *persévérance absolue* et de la *persévérance relative*. Une scolarité plus élevée, l'absence d'antécédents judiciaires, la stabilité de l'emploi et la gravité des problèmes psychologiques apparaissent comme des variables reliées à la persévérance. Les auteurs suggèrent enfin des pistes de recherches et discutent des notions de persévérance et d'abandon de traitement.

Mots-clés: abandon thérapeutique, persévérance en traitement, alcoolisme, toxicomanie.

Dans le domaine de la réadaptation de l'alcoolisme et des toxicomanies, l'abandon prématuré des traitements par la clientèle constitue un problème important. Dans certains programmes de traitements externes, les taux d'abandon ont parfois atteint 95% et il est possible d'observer des taux d'abandon de 52 à 75 % avant la quatrième rencontre (Baekeland & Lundwall, 1975). De tels taux d'abandon peuvent remettre en question l'efficacité des programmes de

Cette étude a été effectuée dans le cadre des travaux du RISQ (équipe de Recherche et Intervention sur les substances psychoactives - Québec) subventionnés par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale. Les auteurs remercient toutes les personnes qui ont contribué à la recherche, et plus particulièrement Claude Moisan, Michel Landry et Louise Guyon qui ont oeuvré à la collecte des données et à la rédaction des rapports présentés à la Direction de l'évaluation, Madame Suzanne d'Annunzio, du Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Toute correspondance ou demande de tirés à part peuvent être adressées à Jacques Bergeron, Département de psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succ. Centre-Ville, Montréal (Québec), H3C 3J7.

traitements offerts dans les centres de réadaptation des toxicomanies. En effet, plusieurs études semblent indiquer que l'efficacité des traitements est reliée à leur durée. Ainsi, les clients qui profitent d'un plus long traitement présentent une amélioration supérieure de leur condition comparativement à ceux qui participent à des traitements plus courts ou à ceux qui abandonnent en cours de route. Il y a une faible probabilité que les usagers qui abandonnent le programme de traitement avant d'avoir réussi une période d'abstinence de six mois puissent éviter une rechute à long terme (Baekeland & Lundwall, 1975; DeLeon, 1985; Simpson, 1979). Par ailleurs, l'abstinence n'implique pas nécessairement un meilleur fonctionnement général de l'individu (Carroll, Power, Bryant, & Rounsaville, 1993) d'où l'importance de recueillir, dès le début du traitement, des mesures nombreuses et variées de façon à pouvoir tenir compte de plusieurs aspects du fonctionnement global de l'individu, comme la détresse psychologique, les relations interpersonnelles, la stabilité de l'emploi, la stabilité des relations familiales et sociales, etc.

Plusieurs études ont tenté de relier l'abandon de traitement aux caractéristiques socio-démographiques des individus qui font une demande de services ou à certains éléments de leur profil biopsychosocial ou encore à leur profil de consommation (Anglin & Hser, 1990; Craig & Olson, 1988). Les résultats de ces études, qu'elles mettent l'accent sur les facteurs d'abandon ou sur les déterminants de la persévérance des clients, ne permettent pas d'identifier de façon claire l'influence réelle de l'une ou l'autre des nombreuses variables à l'étude. Outre la diversité des méthodes utilisées d'une recherche à l'autre et l'hétérogénéité des populations étudiées, l'absence de définition claire de ce qu'est la persévérance en traitement constitue un handicap sérieux dans l'interprétation des résultats et leur utilisation dans l'organisation des traitements.

Les centres publics québécois de réadaptation en toxicomanie n'échappent pas à cette réalité de l'abandon prématuré des traitements. Au Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), la réadaptation des toxicomanes constitue une activité importante compte tenu de l'ampleur des crédits alloués. Toutefois, on y dispose de peu d'informations sur la clientèle du réseau de même que sur le phénomène de l'abandon de traitement. Pour remédier à cet état de fait une étude a été menée dans trois centres publics de réadaptation (Domrémy-Montréal, Domrémy-Trois-Rivières et le Centre de réadaptation de la Montérégie) afin d'obtenir davantage d'informations sur les caractéristiques et le cheminement de la clientèle qui fréquente ces établissements, ainsi que sur le profil des bénéficiaires qui persévèrent dans leur traitement par opposition à ceux qui abandonnent le traitement dans lequel ils étaient engagés. Ce dernier point revêt une importance particulière du point de vue clinique. En effet, l'identification des facteurs qui prédisent la persévérance en traitement permettrait non seulement de sélectionner et d'orienter les clients vers des traitements convenant mieux à leur profil, mais elle permettrait aussi d'apporter

¹ Dans la suite du texte, le terme toxicomanie sera employé en tant que générique désignant toute forme de dépendance aux substances psychoactives, y compris l'alcoolisme.

des modifications aux programmes de traitement et de mettre au point des interventions plus susceptibles de retenir ces clients.

Le présent article vise donc à décrire les caractéristiques des clients qui persévèrent en traitement, notamment leurs caractéristiques socio-démographiques et certaines variables reliées à leur traitement telles que son intensité, son individualisation et le poids relatif des objectifs thérapeutiques des diverses activités de réadaptation. Ces caractéristiques seront présentées en fonction de l'orientation des clients en début de traitement, soit à l'interne ou à l'externe, ces deux types de traitement étant offerts dans les trois centres étudiés. Les dossiers des clients ainsi que l'*Indice de gravité d'une toxicomanie (ASI-IGT)*, version traduite et validée de l'*Addiction Severity Index* (McLellan, Luborsky, Woody & O'Brien, 1980) permettront d'identifier les variables reliées à la persévérance en traitement.

Dans le cadre de cette recherche, la persévérance des clients est mesurée de deux façons. La première mesure, la *persévérance absolue*, est dichotomique; elle distingue les clients selon qu'ils poursuivent ou non le programme de traitement jusqu'à l'obtention du congé de la part du thérapeute. La seconde mesure considère la *persévérance relative*, c'est-à-dire le nombre de semaines pendant lesquelles le sujet a participé au programme avant d'y mettre fin, que cette fin survienne à la suite d'une entente formelle entre le client et le thérapeute, ou que le client cesse de lui-même de se présenter aux activités du programme (le passage de trois mois sans activité de traitement constitue le critère de fin de traitement en ce cas). Les profils des clients persévérants sont donc considérés en fonction de ces deux définitions de la persévérance.

Pour les fins de la présente recherche, la période considérée pour mesurer les deux facettes de la persévérance en traitement commence à l'accueil du client, lors d'une première rencontre individuelle ou de groupe, et elle se termine lors de la dernière activité précédant la fermeture administrative du dossier ou après une période de trois mois sans activité.

Méthodologie

Les participants

L'échantillon de l'étude comprend des bénéficiaires de l'un ou l'autre de trois établissements publics de réadaptation en toxicomanie: le Centre Domrémy-Montréal, le Centre Domrémy-Trois-Rivières et le Centre de réadaptation Montérégie. Cet échantillon a été constitué à partir des listes de bénéficiaires admis dans l'un de ces centres au cours d'une période de six mois. Tous les bénéficiaires admis se voient administrer l'*Indice de gravité d'une toxicomanie (ASI-IGT)*. La sélection des sujets s'est faite de façon aléatoire à travers ces listes, jusqu'à l'obtention d'un minimum de 20 sujets par cellule (sexe x catégorie d'âge: 18-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans et 45 ans et plus). L'échantillon total

compte ainsi 329 participants: 102 femmes et 227 hommes âgés de 18 à 63 ans ($M = 34$ ans).

Ces participants ont des conditions de vie diverses: 32% vivent seul, 15% vivent avec leurs parents, 14% vivent avec leur conjoint, 14% vivent avec leur conjoint et leurs enfants, 8% vivent avec leurs enfants, 6% avec des amis, 6% en institution, 5% avec d'autres membres de leur famille et 1% dans des conditions instables.

Du point de vue de la scolarité, 43% des participants n'ont pas leur diplôme secondaire, 35% ont ce diplôme et 22% ont un diplôme collégial ou universitaire. Quant à leur statut occupationnel, 38% des bénéficiaires avaient un emploi régulier au moment de l'accueil, 32% vivaient de l'aide sociale alors que les derniers 30% connaissaient d'autres situations diverses. Par contre dans les trois dernières années, 48% des participants ont occupé de façon habituelle un emploi à temps plein, 14% ont occupé un emploi à temps partiel, 1% ont été aux études. Près de 24% ont vécu de l'aide sociale au cours de ces trois années, 5% étaient retraités ou invalides, 5% étaient en chômage, 2% étaient des personnes au foyer et 1% vivaient en institution.

Pour ce qui est des antécédents en réadaptation, 47% des participants ont déjà été traités pour des problèmes d'alcool et 37% ont été traités pour des problèmes de drogues, tandis que près de la moitié ont reçu des traitements psychothérapeutiques dans un hôpital ou en externe. Finalement, en ce qui a trait aux antécédents judiciaires, 45% des participants ont déjà été condamnés par un tribunal criminel.

Le programme de traitement

Les trois centres publics où ont été recueillies les données de cette étude offrent des services de réadaptation aux adultes alcooliques ou toxicomanes. Ces services sont offerts gratuitement et sont financés par le MSSS. Ces traitements se fondent sur une approche biopsychosociale qui considère dans le processus de réadaptation l'ensemble des sphères de la vie du client qui ont été perturbées par sa toxicomanie. La démarche de réadaptation se divise en étapes progressives qui visent à permettre à la personne de retrouver son autonomie face à ses problèmes de consommation. Voici une brève description des étapes du programme de réadaptation de Donméry-Montréal (le programme des autres centres est semblable):

Première étape: L'accueil, l'évaluation et l'orientation. Lors de cette première étape, les professionnels du centre introduisent le client à la démarche thérapeutique, évaluent ses besoins et orientent son traitement en conséquence. Cette étape se déroule toujours à l'externe et elle comporte une évaluation à l'aide de l'ASI-IGT qui mesure la gravité des troubles liés à la toxicomanie dans sept sphères de vie différentes. Cette étape comporte également une évaluation médicale et parfois d'autres évaluations spécialisées si nécessaire.

Deuxième étape: Réadaptation I. Au cours de cette étape, les activités de groupe sont privilégiées afin d'amener le client à réfléchir sur son arrêt de consom-

mation de substances psychoactives, de susciter sa motivation à s'engager dans la démarche de réadaptation et l'introduire à des moyens lui permettant d'atteindre l'abstinence et de faire face aux autres difficultés liées aux problèmes de toxicomanie. Cette étape peut se dérouler à l'interne (en résidence) durant une période de deux semaines ou à l'externe sur une période de 8 semaines.

Troisième étape: Réadaptation II. Dans cette autre étape, le traitement a lieu sous forme d'entrevues individuelles à l'externe avec un clinicien dans le but de permettre au client d'identifier ses forces et ses ressources et de développer certaines compétences nécessaires pour s'adapter aux conditions de son environnement. Cette partie du traitement est donc davantage individualisée selon les besoins et problèmes du client. Au besoin, la personne peut être référée à des programmes d'intervention spécialisés, dont un programme interne basée sur la réinsertion sociale qui est offert en appui à la démarche externe. La durée du traitement peut varier en termes de mois ou même d'années selon la nature des problèmes du client.

Les instruments de mesure

Les deux facettes de la persévérance sont étudiées en lien avec les variables de profil et les variables de traitement recueillies à l'aide d'une grille de cueillette de données et de l'Indice de gravité d'une toxicomanie (ASI-IGT).

La grille de cueillette de données permet d'obtenir des informations sur le profil des bénéficiaires et sur les divers aspects de leur cheminement en réadaptation. Ainsi, les variables de profil suivantes sont recueillies: l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le statut occupationnel au moment du traitement et dans les trois années précédentes, l'origine de la demande de traitement (le bénéficiaire lui-même, une personne de son entourage ou une autre source), ainsi que les antécédents en réadaptation. Quant aux variables du traitement, la grille recueille notamment des détails sur l'orientation de la réadaptation (interne ou externe), la durée du traitement, le nombre total d'activités et le nombre d'activités à l'interne ou à l'externe, l'intensité du traitement, le nombre d'activités individuelles et de groupe, le nombre d'interventions auprès de l'entourage, la succession des phases internes et externes au cours du traitement, la modalité de fin du traitement et le poids relatif des différents objectifs thérapeutiques suivants:

1. Aider à résoudre la crise ou des problèmes causant de l'anxiété, de l'angoisse ou du stress.
2. Être un appui à l'abstinence.
3. Informer et sensibiliser le client par rapport à ce qui peut favoriser le développement de la toxicomanie chez un individu, les effets des psychotropes et à toute autre chose susceptible d'amener le client à mieux comprendre sa consommation problématique et de l'aider à résoudre ses problèmes.
4. Favoriser la connaissance de soi

La persévérance absolue

Au moment de la cueillette de données, 233 des 251 bénéficiaires ont terminé leur période de traitement, soit par la fermeture administrative de leur dossier, soit par le passage de trois mois sans activité de traitement. De ce nombre, seulement 28 bénéficiaires sont considérés comme persévérants en regard du critère de *persévérance absolue*, les 205 autres bénéficiaires (88%) ayant pris congé de leur propre chef.

Afin de déterminer les variables liées à la *persévérance absolue* en traitement, les variables de profil des clients, de même que les informations sur l'origine de la demande de traitement et le mode interne ou externe du début de traitement ont été croisées avec le type de fin du traitement (obtention du congé de la part du thérapeute ou départ volontaire). De toutes ces variables, seule la scolarité est reliée significativement à la persévérance en traitement ($\chi^2(2) = 9,6; p < .01$). Cette relation n'est pas linéaire, puisque les clients ayant un diplôme secondaire persévèrent à 22%, contre 7% chez ceux ayant une éducation inférieure et 10% chez les clients possédant au moins un diplôme collégial. La comparaison des échelles de l'ASI-IGT révèle que les scores composés moyens des clients qui ont quitté d'eux-mêmes sont tous plus élevés que ceux des clients qui ont obtenu leur congé. Un test de différence de moyennes sur l'échelle des Relations familiales et Sociales montre que les clients qui ont persévéré jusqu'à leur congé ont significativement ($p < .05$) moins de problèmes de ce point de vue. Une régression logistique sur l'ensemble des variables étudiées permet d'identifier une autre variable qui distingue les deux catégories de clients, il s'agit de l'origine de la demande de traitement (voir tableau 2): il y a plus de clients persévérants parmi ceux dont la demande a été instiguée par une tierce personne (l'entourage, le milieu médical, le milieu de travail, le milieu judiciaire ou une autre personne).

Tableau 2

Régression logistique des variables de profil sur l'abandon prématuré du traitement

Variable	B	Erreur type	Wald	df	Sig.	R	Exp.(B)
Relations familiales et sociales	2.2492	.9662	5.4189	1	.0199	.1390	9.4798
Scolarité secondaire	-0.8200	.3009	7.4261	1	.0064	-.1751	0.4404
Origine de la demande: tiers	-1.2047	.5744	4.3984	1	.0360	-.1164	0.2998
Constante	2.5295	.7421	11.6185	1	.0007		

La persévérance relative

Étant donné qu'il y a beaucoup de départs volontaires de la part des clients, il semble justifié d'étudier la persévérance sous l'angle de la durée du traitement, ce qui constitue une mesure de la persévérance relative des bénéficiaires. Le tableau 3 présente la distribution des clients quant à cette variable. Ce tableau révèle notamment qu'après deux mois, un peu plus de la moitié des clients ont quitté alors qu'au troisième mois, le deux tiers se sont retirés.

Tableau 3

Durée totale du traitement des clients

Période complétée	Nombre	%	% cumulatif
Moins d'une semaine	36	14.3	14.3
Une semaine (7 à 13 jours)	14	5.6	19.9
Deux semaines	28	11.2	31.1
Trois semaines	9	3.6	34.7
Quatre semaines	10	4	38.6
Cinq semaines	13.2	5.2	43.8
Six semaines	9	3.6	47.4
Sept semaines	4	1.6	49.0
Huit semaines	8	3.2	52.2
Neuf semaines	11	4.4	56.6
Dix semaines	11	4.4	61.0
Onze semaines	10	4.0	64.9
Douze semaines	4	1.6	66.5
De trois à six mois	36	14.3	80.9
De six à neuf mois	18	7.1	88.0
De neuf à douze mois	18	7.1	95.2
Plus d'un an	12	4.8	100
TOTAL	251	100.00	100.00

Les résultats obtenus indiquent d'abord que les clients qui persévèrent plus longtemps en traitement tendent à être plus scolarisés ($H = 7.8; p < .01$), à avoir un emploi régulier au moment du traitement ($H = 7.1; p < .05$) et dans les trois années précédentes ($H = 8.4; p < .01$) et n'ont pas d'antécédents judiciaires ($H = 6.2; p < .01$). Quant aux échelles de l'ASI-IGT, les clients plus persévérants rapportent davantage de problèmes psychologiques au moment de l'évalua-

tion ($r_s = .16; p < .01$) et ils présentent une meilleure situation à l'échelle Emploi et Ressources ($r_s = -.13; p < .05$).

En faisant la distinction entre les bénéficiaires qui ont entrepris le traitement à l'interne comparativement à ceux qui l'ont entrepris à l'externe, il est possible d'observer des relations quelque peu différentes. Ainsi, chez les 109 sujets qui ont entrepris le traitement à l'interne, la persévérance semble encore ici liée au fait d'avoir un emploi régulier au moment du traitement ($H = 6.1; p < .05$) et dans les trois années précédentes ($H = 6.7; p < .01$). De plus, elle est plus élevée chez les hommes ($H = 6.3; p < .05$), chez ceux qui ont fait eux-mêmes la demande de traitement ($H = 5.5; p < .05$) et chez ceux qui vivent en dehors de leur famille immédiate ($H = 3.9; p < .05$). Seulement deux échelles de l'ASI-IGT semblent liées à la persévérance en traitement, soit l'état psychologique qui est plus problématique au moment de l'évaluation ($r_s = .21; p < .05$) et l'échelle Emploi et Ressources qui dénote une meilleure situation du bénéficiaire ($r_s = -.19; p < .05$). Par opposition, chez les 142 bénéficiaires qui ont entrepris le traitement à l'externe, la persévérance n'est liée à aucune variable de l'ASI-IGT. La scolarité plus élevée ($H = 10.7; p < .01$) et l'absence d'antécédents judiciaires ($H = 5.2; p < .05$) sont reliées à la persévérance en traitement.

Les variables de profil identifiées vis-à-vis la *persévérance absolue* et la *persévérance relative* sont différentes. Toutefois, étant donné le petit nombre de sujets étudiés pour la *persévérance absolue*, ces résultats sont à prendre avec précaution. Par contre, les variables reliées à la *persévérance relative* sont plus fiables et par conséquent il apparaît pertinent de leur accorder davantage d'attention. La valeur de ces deux définitions sera considérée de façon plus détaillée dans la discussion.

L'intensité du traitement. L'intensité de la cure est-elle reliée à la persévérance? Pour le savoir, le ratio du nombre d'activités sur la durée du traitement est calculé et corrélé avec la durée du traitement. Il ressort que l'intensité de la cure est inversement reliée à la persévérance ($r_s = -.58; p < .001$), de sorte qu'un patient soumis à un traitement plus intensif quitte plus tôt. La distinction entre les traitements entrepris à l'interne et ceux entrepris à l'externe permet encore d'observer cette relation inverse entre l'intensité du traitement et la persévérance. Ainsi, les clients qui ont entrepris le traitement à l'interne ($r_s = -.85; p < .001$), tout comme ceux qui l'ont entrepris à l'externe ($r_s = -.45; p < .001$) persévèrent moins si le traitement est plus intense.

L'individualisation du traitement. Est-ce que le fait d'avoir participé à plus d'activités de traitement individuelles contribue à la persévérance? Il semble que oui puisque les clients dont le ratio d'activités individuelles sur le nombre d'activités total est plus élevé persévèrent plus longtemps ($r_s = .38; p < .001$). Cette relation est observée même lorsqu'on distingue la modalité de début du traitement, de sorte que les gens qui ont commencé à l'interne ($r_s = .29; p < .01$) aussi bien que ceux qui ont commencé à l'externe ($r_s = .31; p < .001$) restent plus longtemps en traitement lorsque le traitement est plus individualisé.

L'importance relative des objectifs thérapeutiques. Une autre question d'intérêt consiste à vérifier si la persévérance de certains clients peut être influencée par l'importance relative de certains objectifs thérapeutiques. Pour vérifier ce

point, seuls les sujets qui ont participé à au moins cinq activités de traitement ont été inclus dans les analyses et il a fallu mettre de côté les objectifs thérapeutiques plus rares tels que la consolidation des acquis (ces activités comptant pour un pourcentage minime des activités de traitement).

Globalement, il semble que plus le traitement s'est prolongé, plus le poids relatif des objectifs de connaissance de soi ($r_s = .38; p < .001$) et d'aide lors de rechute ($r_s = .30; p < .001$) était important. Par contre, le poids relatif des activités d'information sur la toxicomanie ($r_s = -.53; p < .001$) perd de son importance à mesure que le traitement se prolonge.

Pour ce qui est des clients qui ont entrepris le traitement à l'interne, les mêmes relations sont observées (respectivement, connaissance de soi: $r_s = .33; p < .001$; aide lors de rechutes: $r_s = .33; p < .001$ et activités d'information sur la toxicomanie: $r_s = -.46; p < .001$). Chez les clients externes, les activités de connaissance de soi ($r_s = .44; p < .001$) et d'information sur la toxicomanie ($r_s = -.29; p < .01$) entretiennent aussi des liens avec la persévérance. De plus, le développement des compétences sociales est aussi un objectif d'activité dont le poids relatif est associé à la durée du traitement à l'externe ($r_s = .38; p < .001$).

Discussion

L'attrition avant traitement

Les résultats obtenus permettent de constater que plusieurs des clients qui ont été évalués n'entreprennent pas le traitement comme tel. Ce phénomène est différent de l'abandon qui se produit lorsque, après avoir fait une demande d'aide, le client ne se présente pas à la première activité d'accueil ou d'évaluation. Dans le cas présent, les clients ont pris la peine de se présenter au moins une fois (parfois davantage) au centre de réadaptation suite à leur demande d'aide.

Les résultats montrent que la période d'attente entre l'évaluation et le début du traitement est un facteur qui influence l'importance de l'attrition. En effet, le taux d'attrition chez les clients orientés à l'externe est beaucoup plus grand que chez les clients orientés à l'interne. Les premiers doivent attendre presque six fois plus longtemps que les clients de l'interne pour commencer leur traitement. Ce résultat suggère une piste d'action intéressante pour les gestionnaires et les intervenants des centres de réadaptation, qui pourraient tenter de réorganiser leurs ressources de façon à réduire le temps d'attente entre les activités d'évaluation et le début des activités de traitement. Il serait aussi pertinent de vérifier de façon systématique, si un temps d'attente moins long contribuerait à influencer la persévérance en traitement, les données disponibles ici ne permettant pas de distinguer d'éventuels effets de la période d'attente de ceux qui sont dûs à l'orientation du client vers les services externes ou internes.

La persévérance en traitement

Les résultats obtenus permettent de constater que la persévérance en traitement est finalement un phénomène rare. Seulement 28 clients des 251 qui ont entrepris le traitement quittent avec la permission de leur thérapeute de sorte que les résultats relatifs à la *persévérance absolue* permettent difficilement de générer des conclusions fermes. De plus, cette mesure repose sur un critère arbitraire, soit la décision du thérapeute de donner son congé au client. On peut supposer que les thérapeutes sont particulièrement prudents et hésitent à prendre cette décision. Il est probable que plusieurs clients quittent sans l'accord explicite de leur thérapeute, mais en ayant tout de même amélioré leur situation (cet aspect sera approfondi dans la partie des pistes de recherches). À la lumière de ces considérations, la *persévérance absolue* apparaît comme une mesure moins intéressante.

Même en considérant sa mesure relative, la persévérance demeure un phénomène rare. En effet, de tous les clients qui ont entrepris le traitement, seulement 48 (19%) ont complété 6 mois de traitement, ce qui, selon Addenbrooke et Rathod (1990) constitue habituellement le temps minimum requis aux clients pour stabiliser leur abstinence. La faiblesse de ce pourcentage empêche de pouvoir réellement identifier les facteurs qui déterminent la persévérance.

Néanmoins, la présente recherche a permis d'identifier certains facteurs qui, à défaut d'être très puissants, ont tout de même des liens significatifs avec la persévérance. En ce qui a trait à la *persévérance absolue*, les 28 clients étudiés sont plus susceptibles d'avoir un diplôme secondaire, d'avoir moins de problèmes au plan des relations familiales et sociales et d'avoir été référés par une tierce personne. Pour ce qui est de la *persévérance relative*, l'observation des clients dans leur ensemble a permis de constater qu'elle entretient des liens avec la gravité des problèmes psychologiques, une meilleure situation de l'emploi et des ressources, un niveau de scolarité plus élevé ainsi que l'absence d'antécédents judiciaires. Ce profil est légèrement différent selon l'orientation du début du traitement des clients. Ainsi, chez ceux qui ont commencé leur traitement à l'interne, la persévérance est encore ici liée à la gravité des problèmes psychologiques et à une bonne situation d'emploi et des ressources. De plus dans cette clientèle, la durée du traitement est liée aussi au fait d'être un homme, de vivre en dehors de sa famille immédiate et d'avoir fait la demande de traitement soi-même. Chez les clients à l'externe, seules la scolarité élevée et l'absence d'antécédents judiciaires sont liées à la persévérance. Cette différence de résultats entre les profils des patients à l'interne et à l'externe semble indiquer que les rapports existants avec la persévérance ne sont pas très étroits.

Outre les variables de profil, certaines variables du traitement apparaissent aussi reliées à la persévérance. Ainsi en est-il de l'intensité du traitement qui est inversement liée à la persévérance et de l'individualisation du traitement qui semble aller de pair avec la prolongation du traitement. Le résultat sur l'intensité soulève deux questions: est-ce que le fait de suivre un traitement plus intensif contribue à une progression plus rapide du client, de sorte qu'il

divergences d'attentes entre le client et le thérapeute peuvent faire en sorte que le client abandonne avant l'obtention du congé du thérapeute, soit parce qu'il n'obtient pas ce à quoi il s'attendait ou encore parce qu'il s'estime satisfait de sa progression.

Bien sûr, ces facteurs ont été étudiés dans le domaine de la psychothérapie générale, mais ils devraient aussi s'appliquer à la réadaptation en toxicomanie, du moins dans les activités de traitement qui impliquent des sessions individuelles de thérapie avec un professionnel, comme en comportent les programmes de traitement utilisés dans les centres de réadaptation de cette étude. Plusieurs auteurs ont en effet constaté que la motivation du client et la relation entre le client et le thérapeute sont des facteurs qui prédisent le processus thérapeutique et l'issue de la thérapie, peu importe l'orientation théorique du thérapeute (Gomes-Schwartz, 1978; Frayn, 1992; Longo et al., 1992). Il semble donc que le modus operandi de la thérapie soit un aspect moins important pourvu qu'il y ait travail thérapeutique et établissement d'une bonne relation entre le client et le thérapeute.

Certains facteurs de l'environnement sont aussi susceptibles d'influencer le cours de la thérapie et la persévérance du client. Dans le domaine de la réadaptation en toxicomanie, de nombreux bénéficiaires entreprennent un traitement suite à des pressions externes. Ces pressions peuvent provenir de l'entourage du client ou elles peuvent être exercées par le système judiciaire. Il semble que sous l'effet de la coercition, le client persévère davantage dans son traitement (Beck, Shekim, Fraps, Borgmeyer, & Witt, 1983; Allan, 1987). Par contre, selon Heisler, Beck, Fraps et McReynolds (1982), les clients qui abandonnent le traitement sont plus susceptibles de l'avoir entrepris pour apaiser leur entourage ou une autorité légale. Si ces constatations peuvent paraître contradictoires à première vue, il est possible de les concilier par une réinterprétation des faits. Ainsi, le client persévère tant qu'il perçoit la coercition ou tant qu'elle est maintenue, mais il abandonne unilatéralement dès qu'elle disparaît ou dès qu'il croit avoir répondu minimalement à ses exigences. Des recherches futures sont donc nécessaires pour éclaircir le rôle des pressions de parties extérieures. Par opposition aux pressions de l'entourage, le soutien du client par les gens de son entourage est un facteur qui favorise la poursuite du traitement (Beckman & Bardsley, 1986). En psychothérapie générale, Frayn (1992) constate dans le même ordre d'idées, que les caractéristiques personnelles (l'âge, moyens financiers) et de l'environnement (temps, famille) du patient qui contribuent positivement à la thérapie ont une importance marquée dans la persévérance du client dans son programme de traitement.

Ce ne sont que quelques-unes des pistes de recherches qui s'offrent aux chercheurs dans le domaine de la persévérance. Il pourrait être avantageux de considérer un ensemble de ces facteurs dans une recherche future afin d'avoir une vision plus globale de ce qui influence la persévérance en traitement plutôt que de se concentrer sur une seule catégorie de facteurs. En ce sens, les pistes de recherches mentionnées précédemment pourraient être observées dans le cadre d'une étude longitudinale qui tiendrait compte des caractéristiques des clients avant traitement, des caractéristiques du thérapeute, des variables

liées à la relation thérapeutique, à l'efficacité de l'intervention ainsi que des variables relatives à l'entourage du client, à son environnement, ses ressources, etc.

Dans un autre ordre d'idées, il serait peut-être utile de nuancer la notion d'abandon comme le fait Cournoyer (1994). Beaucoup de chercheurs et cliniciens utilisent le nombre de sessions de thérapie en tant que critère d'abandon, critère déjà qualifié d'arbitraire par Baekeland et Lundwall en 1975. De plus, beaucoup d'entre eux considèrent l'abandon en tant qu'échec thérapeutique. Ces deux idées sont remises en question par certains auteurs tels que Pekarik (1985, 1983) qui indique qu'il faut distinguer les gens qui terminent leur thérapie dans un court laps de temps (avec le consentement de leur thérapeute) et qui sont des succès thérapeutiques clairs, des gens dont le traitement est plus long, qui abandonnent après le nombre critère de sessions sans le consentement de leur thérapeute. En ce qui a trait à l'abandon en tant qu'échec, Pekarik (1983) constate dans son étude que plusieurs des usagers qui ont mis fin unilatéralement au processus thérapeutique montrent une amélioration significative de leurs symptômes. C'est aussi ce que soutient Frayn (1992) qui rapporte une étude de Waldinger et Gunderson (1984; tel que cité dans Frayn, 1992) où les auteurs constatent que les patients qui demeurent plus longtemps en traitement se portent mieux et peuvent être considérés comme des succès malgré le fait qu'ils quittent finalement sans le consentement de leur thérapeute. Il peut sembler vraisemblable que dans certains cas, le client qui quitte le traitement après un certain temps pose un geste d'autonomie et qu'on puisse considérer que sa condition soit meilleure. Ces faits devraient inciter les auteurs de futures recherches à reconsidérer les définitions et les critères de l'abandon prématuré. Il serait sans doute plus pertinent de considérer la nature de la fin du traitement (unilatéral ou avec consentement du thérapeute), l'exposition au traitement (en termes de nombre d'activités par exemple, ou d'heures consacrées à des activités de traitement) et la condition du client au moment de son départ.

Références

- Addenbroke, W. M., & Rathod, N. H. (1990). Relationship between waiting time and retention in treatment amongst substance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 26, 255-264.
- 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, 1143-1147.
- Anglin, M.D., & Hser, Y.I. (1990). Treatment of drug abuse. In M. Tony & J.Q. Wilson (Eds.), *Drugs and crimes*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 393-460.
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.

- 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, 171-180.
- Beckman, L. J., & Bardsley, P. E. (1986). Individual characteristics, gender differences and drop-out from alcoholism treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 21, 213-224.
- 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.
- Carroll, K. M., Power, M. E. D., Bryant, K., & Rounsaville, B. J. (1993). One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers. Psychopathology and dependence severity as predictors of outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 71-79.
- Cournoyer, L.-G. (1994). *Les précurseurs cognitifs de l'abandon prématuré de la psychothérapie*. Thèse de doctorat. Université de Montréal.
- 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, 89-96.
- DeLeon, G. (1985). The therapeutic community: Status and evolution. *The International Journal of the Addictions*, 20, 823-844.
- Frayn, D. H. (1992). Assessment factors associated with premature psychotherapy termination. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 250-261.
- Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1023-1035.
- Heisler, G. H., Beck, N. C., Fraps, C., & McReynolds, W. T. (1982). Therapist ratings as predictors of therapy attendance. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 754-758.
- Huberty, C. J., & Morris, J. D. (1989). Multivariate analysis versus multiple univariate analyses. *Psychological Bulletin*, 105, 302-308.
- Keithly, L. J., Samples, S. J., & Strupp, H. H. (1980). Patient motivation as a predictor of process and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 33, 87-97.
- 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 de Recherche et intervention sur les substances psycho-actives. Québec: RISQ.
- Longo, D. A., Lent, R. W., & Brown, S. D. (1992). Social cognitive variables in the prediction of client motivation and attrition. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 447-452.
- 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.
- Mennicke, S. A., Lent, R. W., & Burgoyne, K. L. (1988). Premature termination from university counselling centers: A review. *Journal of Counseling and Development*, 66, 458-465.
- Pekarik, G. (1985). Coping with dropouts. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 114-123.

Pekarik, G. (1983). Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 909-913.

Simpson, D. D. (1979). The relation of time spent in drug abuse treatment to post treatment outcome. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1449-1453.

Abstract

In the present study, 329 patients from 3 public drug and alcohol rehabilitation centres were examined to identify profile characteristics related to treatment compliance. Demographics, treatment variables (intensity, individuality, relative weight of therapeutic objectives) and ASI-IGT gravity scores were used to establish patient profiles subject to two levels of treatment compliance: *absolute compliance* and *relative compliance*. Higher education levels, employment stability and level of psychological functioning and conformity were found as profile variables related to treatment compliance. Finally, some future research developments and considerations on treatment compliance are discussed.