

**PRATIQUES RECONNUES DANS LE TRAITEMENT DES JEUNES  
ET DES ADULTES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE**

**Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances**

**Août 2010**

# **PRATIQUES RECONNUES DANS LE TRAITEMENT DES JEUNES ET DES ADULTES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE**

La rédaction du présent document a été réalisée par :

## **Michel Landry**

Conseiller à la recherche au Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et codirecteur du RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec)

## **Joël Tremblay**

Professeur au département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières, chercheur au RISQ et au Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

## **Karine Bertrand**

Professeure adjointe à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et chercheuse au RISQ et au Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

## **Jean-Marc Ménard**

Coordonnateur des services professionnels du Centre Domrémy – Mauricie et Centre-du-Québec

Avec la collaboration de :

## **Pierre Desrosiers**

Conseiller aux affaires professionnelles de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec

Ce document s'appuie principalement sur une revue de la documentation menée par un ensemble d'experts (Tremblay, Bertrand, Landry et Ménard, sous presse). Le texte complet de cette revue portant sur les meilleures pratiques dans le domaine de la réadaptation pour les personnes toxicomanes adultes sera publié par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) à l'automne 2010. Ce document emprunte également des extraits de deux autres guides sur les meilleures pratiques déjà publiés par l'ACRDQ, soit *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes - Pratiques gagnantes et offre de services de base* (2006) et *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance – Guide de bonnes pratiques et offre de services de base* (2009).

Nous remercions les chercheurs et l'ACRDQ de nous avoir autorisés à utiliser de longs extraits de leurs publications.

Soutien à la rédaction :

## **Carole-Line Nadeau**

Conseillère aux communications au Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.

<b>INTRODUCTION</b> .....	4
<b>1 L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS DANS LE DOMAINE DES DÉPENDANCES</b> .....	6
<b>2 LES APPROCHES RECONNUES LES PLUS EFFICACES</b> .....	8
2.1 Approche cognitivo-comportementale.....	8
2.2 Approche de renforcement par la communauté .....	9
2.3 Approches motivationnelles.....	10
2.3.1 L'entretien motivationnel (EM).....	11
2.3.2 La thérapie de l'augmentation de la motivation .....	11
2.4 Les approches basées sur les 12 étapes.....	12
2.5 Les communautés thérapeutiques .....	13
2.6 La thérapie psychodynamique d'expression et de soutien .....	13
2.7 Prévention de la rechute.....	14
2.7.1 La prévention de la rechute (PR) : le modèle cognitivo-comportemental .....	15
2.7.2 Approches combinées de prévention de la rechute.....	15
2.8 Modèles incluant les membres de l'entourage.....	16
2.8.1 Thérapie conjugale comportementale .....	16
2.8.2 Le programme CRAFT .....	17
2.9 Modèles pharmacologiques comportant ou non des aspects psychosociaux.....	20
2.9.1 Les médicaments antidipsotropes .....	20
2.9.2 Les médicaments antiaccoutumance.....	21
2.9.3 Médicaments psychotropes.....	21
2.10 Traitements pour le jeu pathologique .....	22
2.11 Les interventions auprès des jeunes.....	23
<b>CONCLUSION</b> .....	25
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	26

## INTRODUCTION

Le présent document a été produit par le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD), à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans le contexte de la mise en œuvre de la réglementation adoptée par le gouvernement du Québec concernant la certification des ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique. Ce document s'adresse aux responsables des ressources privées et communautaires qui, dans le processus de certification de leur ressource, veulent s'assurer que leur centre propose une ou des approches reconnues dans le domaine des dépendances, ainsi qu'aux évaluateurs chargés de porter un jugement à ce sujet lors du processus de certification. Il s'adresse également aux agences de la santé et des services sociaux afin de guider les ressources privées et communautaires dans leur démarche à cette fin.

Précisons que ce document porte d'abord et avant tout sur les approches reconnues en toxicomanie (alcool et autres drogues) chez les adultes et les adolescents. Puisque peu d'études ont à ce jour permis de valider les traitements destinés aux joueurs pathologiques, nous ne ferons qu'une brève description des approches reconnues et répertoriées dans un document sur le sujet, produit par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) (Desrosiers et Jacques, 2009).

Les données présentées dans ce répertoire descriptif des pratiques reconnues dans le traitement des personnes alcooliques et toxicomanes correspondent à l'état des connaissances en 2010. Ces données sont susceptibles d'évoluer au cours des prochaines années. Il est également possible que certaines approches ou traitements efficaces qui existent actuellement n'aient pas été inclus dans le répertoire présenté, faute d'études suffisantes venues les valider. C'est pourquoi le CDC-IUD s'engage, en collaboration avec le MSSS, à en faire une mise à jour périodique. Pour ce faire, le CDC-IUD constituera un comité d'experts chargé de surveiller l'évolution des connaissances dans le domaine du traitement des dépendances. Ce comité pourra également être consulté afin de donner son avis, au regard des données scientifiques disponibles, sur des approches ou des traitements mis de l'avant dans le cadre du processus de certification.

Ce document comprend deux parties. On y trouve d'abord un bref rappel des données de recherches qui permettent d'affirmer qu'il existe des traitements efficaces et bien documentés pour les personnes toxicomanes. On y trouve ensuite un répertoire des principales approches reconnues dans le domaine du traitement des personnes dépendantes.

Bien que chacune des approches répertoriées ici ait fait l'objet d'études qui en démontrent l'impact à des degrés divers, nous ne ferons pas systématiquement état de ces études. Pour en savoir davantage à cet égard, le lecteur pourra notamment se référer au document sur les meilleures pratiques dans le domaine de la réadaptation des personnes toxicomanes adultes (Tremblay, Bertrand, Landry et Ménard, sous presse) cité plus haut et qui sera publié par l'ACRDQ à l'automne 2010. De plus, l'ensemble des ouvrages de référence cités dans le présent document sont disponibles au Centre québécois de documentation en toxicomanie (CQDT) du CDC-IUD.

# 1 L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS DANS LE DOMAINE DES DÉPENDANCES

Les connaissances acquises depuis 40 ans dans le domaine des dépendances ont permis d'élaborer des approches thérapeutiques visant à améliorer le bien-être des personnes alcooliques et toxicomanes et de leur entourage. En fait, il règne actuellement un fort consensus selon lequel les traitements offerts en toxicomanie ont un impact (Imel, Wampold, Miller et Fleming, 2008; Gossop, 2006; UKATT Research team, 2005; Prendergast, Podus, Chang et Urada, 2002; Miller, Walters et Bennet, 2001). De telle sorte que les recherches actuelles visent davantage à améliorer les traitements et à les adapter aux différentes clientèles qu'à étudier leur efficacité (Prendergast et autres, 2002). Selon les études menées au Québec au cours des 15 dernières années, notamment par l'équipe du RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec), la situation serait similaire dans la province (Landry et autres, 2010; Landry, Guyon et Brochu, 2001).

C'est ainsi que le courant des « meilleures pratiques », traduction de *best practices*, s'est développé et largement répandu dans le domaine du traitement des toxicomanies en Amérique du Nord. Plusieurs guides, dont ceux mentionnés dans ce document, proposent d'ailleurs une liste détaillée de pratiques cliniques dont l'efficacité auprès de différents sous-groupes de personnes aux prises avec des problèmes d'alcool ou de drogues est reconnue.

Bien que la définition du concept des meilleures pratiques puisse varier selon les auteurs, il règne un consensus selon lequel ces pratiques doivent s'appuyer sur deux grands types d'information, soit :

- 1) les données probantes, à savoir les consensus scientifiques découlant d'un corpus d'études appuyant l'efficacité de protocoles de traitement ou encore de pratiques spécifiques, sur le plan clinique et/ou organisationnel;
- 2) les consensus d'experts.

L'organisme américain Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) définit de façon opérationnelle et fort pertinente plusieurs des concepts reliés au courant des meilleures pratiques (SAMHSA, 2007). Ainsi, la pratique basée sur des données probantes (*evidence-based*) est celle dont on s'attend, en se basant sur des résultats de recherche et l'opinion d'experts ou des consensus d'experts, qu'elle produise des résultats cliniques spécifiques et mesurables. Le SAMHSA précise également que l'application de ces pratiques auprès d'un patient ou d'un sous-groupe de patients spécifique exige que le clinicien expert ou le groupe d'experts synthétise un ensemble de sources d'information (recherche, théorie, principes de pratique, expérience clinique) pertinentes en tenant compte d'un contexte clinique donné. C'est ce processus de réflexion, ce raisonnement basé sur l'ensemble des connaissances pertinentes et disponibles, qui caractérise l'opinion d'un expert ou encore les consensus d'experts, quant à l'efficacité d'une pratique donnée dans un contexte clinique précis. Les protocoles de traitement dont l'efficacité repose sur des données probantes constituent des outils dans l'ensemble des pratiques pertinentes disponibles pouvant être sélectionnés afin de répondre aux besoins d'un client en particulier.

Par ailleurs, les recherches menées au cours des quatre dernières décennies sur les meilleurs modèles théorico-cliniques de traitement de la toxicomanie n'ont pas pu démontrer la supériorité d'un modèle de traitement sur un autre (Mee-Lee, McMillan et Miller, 2010; Wampold, 2010; Clark, 2009; Babor, 2008; Imel, Wampold, Miller et Fleming, 2008; Morgenstern et McKay, 2007; Prendergast et autres, 2002; Wampold et autres, 1997). L'assertion concernant l'équivalence des traitements en toxicomanie quant à leur efficacité doit être comprise à la lumière d'un certain nombre de précisions. On considère ici des traitements complets, par opposition à un traitement minimal (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert et Vermeersch, 2009; Imel, Wampold, Miller et Fleming, 2008). On a aussi recours à l'expression *bona fide* ou « spécifique » pour qualifier ces traitements qui répondent aux critères d'inclusion des traitements jugés efficaces. Le but explicite de ces traitements est d'avoir un effet thérapeutique par opposition à des traitements non spécifiques ou à une condition témoin (*control condition*), par exemple une liste d'attente ou un placebo. Cette notion de traitement *bona fide* (Imel, Wampold,

Miller et Fleming, 2008; Wampold, Mondin, Moody et autres, 1997) inclut les trois critères suivants :

- le traitement proposé a une base théorique sur le plan psychologique;
- le traitement est guidé par un manuel comportant des composantes spécifiques;
- le traitement est dispensé par des thérapeutes ayant une formation adéquate pour ce faire.

Si aucune de ces approches thérapeutiques s'appuyant sur des données probantes et de type *bona fide* n'est considérée comme supérieure à une autre, il est toutefois important d'adopter un traitement structuré qui repose sur un fondement empirique auquel le thérapeute adhère. En effet, ce fondement empirique et l'adhésion du thérapeute à ce traitement, ainsi que les explications qui peuvent être fournies sur le rationnel qui soutient ce traitement, contribuent à susciter l'espoir chez le client et à lui donner confiance dans l'intervention qui lui est proposée. Par le fait même, cela procure un terrain favorable au développement d'une alliance thérapeutique entre le thérapeute et son client (Wampold, 2010; Hubble, Duncan, Miller et Wampold, 2010). En outre, cela n'exclut pas la possibilité de combiner plusieurs de ces approches.

## **2 LES APPROCHES RECONNUES LES PLUS EFFICACES**

Dans la présente section, nous présentons les approches dont l'efficacité est fondée sur des données probantes ou prometteuses. Ces approches seront brièvement décrites ici. Nous recommandons au lecteur qui désire se documenter davantage sur les études effectuées de consulter le document de l'ACRDQ cité plus haut (Tremblay, Bertrand, Landry et Ménard, sous presse).

### **2.1 Approche cognitivo-comportementale**

L'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans le traitement de la toxicomanie a été largement démontrée grâce à de nombreuses études contrôlées et rigoureuses menées auprès d'échantillons très variés (Baker et Lee, 2003; Lee et Rawson, 2008; Magill et Ray, 2009; Rangé et Marlatt, 2008; Waldron et Kaminer, 2004).



Le terme « thérapies cognitivo-comportementales » (TCC) englobe un ensemble d'interventions qui peuvent être très différentes sur le plan de l'application, de l'intensité et de la focalisation (Lee et Lawson, 2008). Soulignons que ces thérapies s'appuient sur les théories de l'apprentissage social, y compris le conditionnement classique et opérant, ainsi que les théories cognitives (Silva et Serra, 2004).

Un ensemble de techniques caractérisent aussi les TCC : 1) l'analyse fonctionnelle de la consommation de substances, c'est-à-dire de ses déclencheurs et de ses conséquences positives et négatives; 2) l'entraînement aux habiletés de transaction avec les situations à risques (*coping*); 3) l'entraînement aux habiletés de refus de la consommation; 4) la détermination des déclencheurs de la consommation ou de la rechute; 5) l'augmentation d'activités remplaçant la consommation (Magill et autres, 2009). Outre ces techniques, le monitoring (*monitoring*) des pensées liées à la consommation et la pratique d'habiletés au cours des sessions sous forme de jeux de rôle ou de modelage (*modeling*) et à l'extérieur sous forme de « devoirs thérapeutiques » sont également largement utilisés dans les TCC (Shearer, 2006). Enfin, les TCC sont habituellement des approches structurées et « manualisées » (*manualized*) (Shearer, 2006).

## **2.2 Approche de renforcement par la communauté**

L'approche de renforcement par la communauté, en anglais *Community Reinforcement Approach* (CRA), est une approche cognitivo-comportementale qui s'appuie sur la prémisse selon laquelle les renforcements environnementaux jouent un rôle crucial dans le développement et le maintien ou la réduction des habitudes de consommation de substances psychoactives (SPA) (Hunt et Azrin, 1973). La CRA utilise donc les renforcements issus de la communauté environnant la personne qui abuse de SPA, tels que les renforcements sociaux, familiaux, récréatifs et occupationnels, afin de favoriser les changements de consommation de SPA (Meyers, Villanueva et Smith, 2005). En somme, l'objet du traitement est de réorganiser les contingences environnementales de manière à récompenser davantage les comportements de sobriété que les comportements de consommation de SPA (Meyers et autres, 2005).

La CRA débute par une analyse fonctionnelle des comportements de consommation mettant en évidence les facteurs responsables du renforcement et du maintien de la

consommation de SPA (Azrin, 1976). Ensuite, un « échantillon » de sobriété est demandé à l'usager de manière à ne pas susciter les résistances (versus demander l'abstinence pour toujours), à pratiquer les habiletés nécessaires à l'arrêt de la consommation et afin de mettre l'accent sur les aspects renforçateurs de la vie quotidienne sans SPA (Azrin, Sisson, Meyers et Godley, 1982). Un plan de traitement est élaboré en s'appuyant sur une analyse de la satisfaction de vie de la personne dans dix sphères de vie (ex. : emploi, habitudes de vie, relations interpersonnelles) et en sélectionnant celles pour lesquelles des améliorations sont souhaitées (Smith, Meyers et Miller, 2001). Dans ce plan de traitement est inclus, de façon routinière, l'apprentissage d'habiletés à la résolution de problèmes, à la communication et au refus de consommation (Meyers et Smith, 1995). Si nécessaire, des ateliers reliés à la sphère occupationnelle sont offerts, dont la recherche d'emploi, mais aussi l'acquisition d'habiletés nécessaires au maintien du travail (Azrin et Besalel, 1980). Un volet de counseling social et récréatif est offert afin de favoriser la prise de conscience que la vie peut être plaisante sans consommation de SPA et de permettre la pratique de nouvelles habiletés sociales dans un environnement non menaçant (participation à un regroupement social pour personnes en arrêt de consommation) (Mallams, Godley, Hall et Meyers, 1982). Un certain nombre de rencontres sont consacrées à la prévention de la rechute (Meyers et Smith, 1995). Des rencontres avec le partenaire sont également planifiées vers la fin du processus afin d'améliorer la qualité de la relation amoureuse (Smith et autres, 2001).

### **2.3 Approches motivationnelles**

Parmi l'ensemble des approches motivationnelles en toxicomanie, mentionnons l'entretien motivationnel (EM), élaboré par Miller et Rollnick (2002; 2006). Plusieurs études sont venues confirmer l'efficacité de l'EM dans le traitement des personnes aux prises avec une dépendance à une substance psychoactive (Burke, Arkowitz et Menchola, 2003; Dunn, Deroo et Rivara, 2001; Lundahl et autres, 2010; Vasilaki, Hosier et Cox, 2006). Mentionnons également la thérapie de l'augmentation de la motivation, en anglais la *Motivational Enhancement Therapy* (MET), un protocole d'intervention s'inspirant des principes de l'EM dont l'efficacité a également été montrée, notamment lors d'une étude contrôlée et reconnue pour sa rigueur et sa grande validité interne, soit le projet MATCH (Project MATCH Research Group, 1997; 1998).

### 2.3.1 L'entretien motivationnel (EM)

L'EM s'inscrit dans une perspective de réduction des méfaits (Landry et Lecavalier, 2003) et d'humanisme (Rogers, 1959). Brièvement, l'EM est une approche d'intervention centrée sur l'individu, qui vise à augmenter la motivation intrinsèque au changement d'un comportement ciblé en favorisant chez la personne l'exploration et la résolution de son ambivalence (Miller et Rollnick, 2002; 2006).

En pratique, l'EM repose sur quatre principes d'intervention favorisant le changement, soit :

- 1) Exprimer de l'empathie par un style centré sur la personne et une écoute réflexive qui favorisent un climat d'acceptation inconditionnelle de l'autre.
- 2) Développer la divergence, c'est-à-dire mettre en lumière et amplifier la divergence entre le comportement du patient, ses valeurs de référence et ses objectifs, tout en favorisant la résolution de l'ambivalence, en aidant ce dernier à se mobiliser en vue du changement.
- 3) « Rouler » avec la résistance, c'est-à-dire éviter la confrontation, reconnaître que le patient est la première source de réponse et de solution à ses difficultés et proposer des idées plutôt que de les imposer.
- 4) Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle en attribuant au patient le mérite de ses possibilités et de ses capacités de changement.

### 2.3.2 La thérapie de l'augmentation de la motivation

Outre l'EM en tant que tel, la thérapie de l'augmentation de la motivation, en anglais *Motivational Enhancement Therapy* (MET) (Miller et autres, 1992; 1995), est une forme d'intervention brève, basée sur les principes de l'EM, dont l'efficacité a été le mieux démontrée. En effet, la MET est l'un des modes d'intervention dont l'efficacité a été montrée dans le projet MATCH (Project MATCH Research Group, 1997), l'une des plus grandes études contrôlées reconnues dans le domaine de l'alcoolisme, notamment pour sa rigueur et sa validité interne. Tout en intégrant ses principes, la MET se distingue de l'EM puisqu'elle constitue un protocole d'intervention « manualisé » qui intègre en

outre la notion de rétroaction (*feedback*) personnalisée. Ainsi, dans le projet MATCH, la MET se déroule en quatre sessions offertes sur une durée de 12 semaines. Au cours de la première session, le clinicien doit fournir au client une rétroaction personnalisée, basée sur l'évaluation initiale, qui permet à la personne de situer sa consommation par rapport à des normes populationnelles. Cette composante de rétroaction, partie intégrante de la MET, ne fait pas nécessairement partie de l'EM.

#### **2.4 Les approches basées sur les 12 étapes**

Le modèle Minnesota des 12 étapes constitue un modèle d'intervention efficace pour le traitement de la dépendance à l'alcool (Kelly, Magill et Stout, 2009; Project MATCH Research Group, 1997). Les modèles de traitement basés sur la philosophie des groupes d'entraide de type Alcooliques Anonymes (AA) ou Narcotiques Anonymes (NA), tant au Québec qu'aux États-Unis, sont largement utilisés. Ces modèles de traitement basés sur les 12 étapes sont souvent désignés par l'appellation « modèle Minnesota » (Kelly et autres, 2009). Il ne faut pas confondre ces modèles avec les groupes d'entraide AA, qui sont des groupes d'entraide qui offrent de l'aide dans un contexte non professionnel.

Le modèle de traitement Minnesota, ou « traitement basé sur les 12 étapes », réfère typiquement à des programmes de traitement en contexte résidentiel dans le cadre duquel la personne participe à une variété d'interventions, mais reçoit aussi de l'enseignement approfondi sur la philosophie AA ou NA et sur les 12 étapes. Ce modèle de traitement peut aussi impliquer le travail soutenu sur certaines de ces 12 étapes et les personnes sont fortement encouragées à participer à des réunions AA ou NA, durant et après le traitement (McElrath, 1997). La documentation fait également état de modèles basés sur les 12 étapes, utilisés dans le cadre de programmes d'intervention externe offerts par des professionnels, dont la *Twelve-Step Facilitation Therapy* (TSF), un protocole d'intervention « manualisé » offert par un professionnel, conçu en vue de faciliter l'engagement dans les groupes d'entraide et s'appuyant sur les 12 étapes (Kelly et autres, 2009), notamment évaluées dans le cadre du projet MATCH (Project MATCH Research Group, 1997). La TSF se déroule sur 12 semaines, soit 12 sessions hebdomadaires.

En somme, de façon générale, la documentation montre l'efficacité des modèles de

traitement basés sur les 12 étapes, modèles équivalant à d'autres modèles d'intervention *bona fide*.

## **2.5 Les communautés thérapeutiques**

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

Smith et ses collègues (2008) notent que les études rigoureuses comportant une assignation aléatoire et portant sur l'efficacité des communautés thérapeutiques sont peu nombreuses. Ils ajoutent que ce fait est étonnant, compte tenu de la popularité de ce mode d'intervention en Amérique du Nord. Seulement sept études incluant une distribution aléatoire d'individus entre une communauté thérapeutique et un autre type de traitement ont été retenues. Si le niveau de preuve découlant de ces études peut être qualifié de résultat prometteur en ce qui concerne leur impact, il ne montre pas la supériorité de la communauté thérapeutique sur les autres modes de traitement résidentiel, pas plus qu'il ne montre un type de communauté thérapeutique supérieur aux autres (Smith et autres, 2008).

## **2.6 La thérapie psychodynamique d'expression et de soutien**

La thérapie psychodynamique d'expression et de soutien, en anglais *Supportive Expressive Psychodynamic Therapy* ou SE, a été élaborée par Lester Luborsky, l'un<sup>13</sup>

des pionniers en matière d'efforts de systématisation et de recherche empirique dans le domaine des approches psychodynamiques (Barber, Crits-Christoph, Grenyer et Diguier, 2010; Luborsky, Graff, Pulver, et Curtis, 1973) en « manualisant » son approche (Luborsky, 1984) et la soumettant ainsi à la loupe de la science (Luborsky, Barber et Crits-Christoph, 1990), fait très rare au sein de cette école théorico-clinique. Il a par la suite adapté son modèle pour les clientèles toxicomanes, dont les personnes dépendantes à la cocaïne (Mark et Luborsky, 1992) ou au cannabis (Grenyer, Luborsky et Solowij, 1995). Cette approche, comme l'ensemble des thérapies d'orientation psychodynamique, se démarque des autres modèles par une accentuation plus grande de l'expression de soi comme voie de rémission (Luborsky, Woody, McLellan, O'Brien et Rosenzweig, 1982). Il a voulu rendre opérationnelle la question du transfert par le concept de thème relationnel conflictuel central (*Core Conflictual Relationship Theme*) (Luborsky et Crits-Christoph, 1998). Dans ce modèle, les difficultés de consommation de substances psychoactives sont comprises comme étant associées aux difficultés interpersonnelles et intrapsychiques de la personne. L'analyse des thèmes centraux reliés aux conflits relationnels (Luborsky et Crits-Christoph, 1997) est l'élément central de l'intervention, le soutien de la personne et l'aide à la réflexion étant les techniques privilégiées de ce modèle. L'aide à la réflexion porte évidemment sur les thèmes relationnels centraux qui entravent la possibilité de cesser la consommation de substances psychoactives, notamment par l'interprétation du transfert qui y est lié et la mise à jour des mécanismes de défense les plus nuisibles (Crits-Christoph et autres, 1997).

Sur la base des résultats obtenus, à l'aide d'études de distribution aléatoire mais peu nombreuses, la SE peut être qualifiée de traitement prometteur. La concentration des études auprès des patients cocaïnomanes et dépendants des opiacés limite les conclusions. Des études similaires devront être menées auprès d'autres types de consommateurs de substances psychoactives et des comparaisons à d'autres approches devront être faites.

## **2.7 Prévention de la rechute**

Nous présentons ici le modèle classique de prévention de la rechute ainsi que d'autres modèles qui ont été proposés en association ou non avec celui-ci.

### **2.7.1 La prévention de la rechute (PR) : le modèle cognitivo-comportemental**

La prévention de la rechute (PR) est un modèle de traitement habituellement associé à l'approche cognitivo-comportementale et dont l'objet est de détecter et de prévenir des situations à risque élevé de rechute (Witkiewitz et Marlatt, 2004). Les modèles cognitivo-comportementaux de PR sont basés sur la théorie explicative du processus de rechute de Marlatt (1985), qui découle de la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977). Dans ce modèle, lorsque l'individu n'a pas la confiance en sa capacité de faire face à une situation à haut risque de rechute (sentiment d'efficacité personnelle) ou qu'il n'a pas développé d'habiletés d'adaptation (*coping*) efficaces pour y faire face, il y a alors une forte probabilité qu'il rechute. La décision de consommer une substance pourra aussi être influencée par l'attente de l'individu quant aux effets qui seront obtenus par la substance ainsi que par un effet de transgression de l'interdit (*abstinence violation effect*), c'est-à-dire le blâme que s'infligent beaucoup de personnes lorsqu'elles transgressent leurs propres règles et le sentiment de perte de contrôle qui s'ensuit (Witkiewitz et Marlatt, 2004).

### **2.7.2 Approches combinées de prévention de la rechute**

D'autres méthodes ont également été proposées en combinaison avec la PR habituelle. Notamment, l'entraînement à la méditation, élaboré à l'origine pour la gestion du stress et le traitement de douleurs chroniques, s'est révélé efficace dans ces domaines (Baer, 2003). Également, l'enseignement d'habiletés à la méditation en combinaison avec un programme de PR plus classique, de type cognitivo-comportemental, constitue une avenue prometteuse évaluée récemment dans quelques études (Bowen et autres, 2009; Vallejo et Amaro, 2009; Zgierska et autres, 2008).

En somme, le modèle cognitivo-comportemental de PR est celui qui a été le plus étudié et qui s'est montré efficace pour prévenir la rechute chez les personnes qui abusent de substances (Irvin et autres, 1999).

Cependant, lorsque ce modèle de PR est comparé à d'autres modèles bien définis, le modèle des 12 étapes par exemple, il se montre équivalent sur le plan de l'efficacité (Carroll, 1996; Morgenstern et McKay, 2007). L'ajout de l'entraînement à la

méditation et l'individualisation de la PR aux caractéristiques de l'individu, notamment à la substance consommée, son histoire de consommation et ses relations interpersonnelles, sont des avenues prometteuses (Bowen et autres, 2009). Aussi, il apparaît prometteur d'élaborer des modèles de PR qui tiennent compte de la réinsertion socioprofessionnelle et de l'approche de gestion des contingences (De Fullio et autres, 2009). Par ailleurs, quels que soient le type d'approche retenue et son mode d'application, il semble que le fait d'offrir un modèle d'intervention ciblé sur la PR permette d'améliorer les résultats thérapeutiques à plus long terme.

## **2.8 Modèles incluant les membres de l'entourage**

L'ensemble des études d'efficacité démontre qu'il est bénéfique d'inclure la ou le partenaire de la personne qui abuse de SPA. Nous aborderons ici la thérapie conjugale comportementale et le programme CRAFT.

### **2.8.1 Thérapie conjugale comportementale**

Depuis le début des années 1980, les théories de l'apprentissage ont servi à élaborer des traitements conjugaux comportementaux de l'alcoolisme et de la toxicomanie (Epstein et McCrady, 2002; O'Farrell, Cutter et Floyd, 1985).

Un des premiers objectifs des thérapies conjugales comportementales a trait à l'atteinte de l'abstinence ou à la réduction de la consommation (Epstein et McCrady, 2002). Toutefois, ce qui différencie ce modèle de l'intervention individuelle est l'accent qu'il met sur les séquences interactionnelles entourant la consommation d'alcool ou de drogues, lesquelles sont évaluées en fonction de leur potentiel à favoriser l'abus de SPA ou l'abstinence (Epstein et McCrady, 2002; O'Farrell et Fals-Stewart, 2006; Wakefield, Williams, Yost et Patterson, 1996). S'appuyant sur le constat que les personnes alcooliques et toxicomanes sont moins à risque de rechute si leur relation amoureuse est satisfaisante, les *modélisateurs* des thérapies conjugales comportementales insistent sur la nécessité de développer diverses habiletés relationnelles qui augmenteront le bien-être conjugal (McCrady et Epstein, 1995; O'Farrell, 1993).

L'intervention débute par une évaluation, suivie généralement d'un moment de rétroaction au cours duquel le thérapeute rend compte au couple des résultats obtenus



(Epstein et McCrady, 2002; O'Farrell et Fals-Stewart, 2006). Par la suite, il cible des objectifs de changement devant permettre à la personne alcoolique ou toxicomane d'atteindre ou de maintenir l'abstinence (McCrady et Epstein, 1995; O'Farrell, 1993), et ce, en utilisant la relation conjugale comme levier de changement.

L'efficacité de trois modèles d'intervention conjugale a été évaluée à ce jour et deux de ces modèles sont les plus validés. D'abord, celui de l'équipe de l'Université Rutgers, dirigée par Barbara McCrady<sup>1</sup>, qui a mis au point un modèle de thérapie conjugale comportementale visant le traitement de l'abus et de la dépendance relatifs à l'alcool (Epstein et McCrady, 2002) et aux autres SPA (Epstein et autres, 2007). Ce modèle, qui implique le ou la conjointe de la personne dépendante, présente de multiples composantes dont l'une des particularités est que l'ensemble du traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie doit être réalisé au moyen de rencontres conjugales, et ce, dès la première séance. Il a, en outre, une grande flexibilité d'application, ce qui lui donne un potentiel réaliste d'adaptation au contexte clinique des centres de traitement.

De son côté, Timothy J. O'Farrell, de l'Université Harvard, a mis au point un autre modèle de thérapie conjugale comportementale qui se pratique en groupe de couples et qui est plus structuré, plus bref et conçu comme un ajout à l'intervention habituelle (O'Farrell et Fals-Stewart, 2006).

La thérapie conjugale comportementale semble avoir deux effets principaux interreliés, soit la diminution de la consommation de SPA et l'amélioration de la relation conjugale (Powers, Vedel et Emmelkamp, 2008).

### **2.8.2 Le programme CRAFT**

Diverses approches impliquent le recours aux membres de l'entourage de personnes alcooliques ou toxicomanes (PAT) qui ne sont pas disposées à réduire ou à arrêter leur consommation de SPA, ni à amorcer un traitement, afin d'avoir un impact sur la PAT. Le plus ancien modèle est certainement le programme d'intervention du Johnston Institute (*Johnson Institute Intervention*), mis au point par le Dr Vernon E. Johnson, qui a fondé le Johnston Institute en 1966 à Minneapolis, au Minnesota. À cette époque, l'idée

---

<sup>1</sup> Barbara McCrady est aujourd'hui à l'Université du Nouveau-Mexique à Albuquerque.

largement répandue voulait qu'il n'y ait pas de possibilité de venir en aide à une personne alcoolique avant qu'elle n'ait « touché le fond du baril » (Johnson Institute, 1987). Le docteur Johnson s'est insurgé contre cette philosophie jugée trop passive, faisant valoir qu'il était possible d'intervenir auprès des personnes alcooliques non volontaires en faisant appel aux individus qui leur sont chers. Il a alors élaboré ce qui, par la suite, a été familièrement appelé « l'Intervention ».

« L'Intervention » repose principalement sur l'implication des membres de l'entourage d'une PAT. Ceux-ci se réunissent, à l'insu de la PAT, afin de préparer une rencontre de confrontation avec elle. Les objectifs d'un tel programme sont doubles. On souhaite tout d'abord accroître la probabilité que la PAT amorce un changement (principalement entreprendre une thérapie), devienne abstinente et le demeure (Liepman, 1993). On veut également favoriser le rétablissement de la famille. Les clients ciblés sont les PAT qui refusent de modifier leurs habitudes de consommation de SPA ou encore celles qui ont amorcé une thérapie, mais dont la motivation est nettement incertaine (Liepman, 1993). Le levier principal d'intervention est constitué des membres de la famille et de proches significatifs.

Trois modèles d'intervention visant à améliorer « l'Intervention » du Johnston Institute ont été élaborés. On trouve, dans la revue de la documentation, la thérapie familiale unilatérale qui cible d'abord, comme son nom l'indique, les conjoints et les conjointes de personnes alcooliques (Thomas et Ager, 1993), le modèle de pression pour le changement (*Pressure to Change*) (Barber et Crisp, 1995; Barber et Gilbertson, 1997) et le programme *Albany-Rochester Interventional Sequence for Engagement* (ARISE) (Garrett, Landau-Stanton, Stanton, Stellato-Kabat et Stellato-Kabat, 1997; Garrett et autres, 1998; Garrett et Landau, 2007; Landau et autres, 2000; 2004). Ces modèles ajoutent des modules d'apprentissage divers à « l'Intervention », à savoir des habiletés à la communication, la capacité à réduire les renforçateurs de la communication ou l'amélioration des stratégies de renforcement de la sobriété. Ils aboutissent, si nécessaire, à « l'Intervention ». Le programme ARISE innove en informant et en invitant la PAT dès le début. Des trois modèles, seul ARISE semble encore soutenu par les auteurs.

Le programme de renforcement communautaire et de formation familiale, en anglais *Community Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT)*, a été mis au point par les auteurs de l'approche de renforcement communautaire, en anglais la *Community Reinforcement Approach* (Sisson et Azrin, 1986; 1993). Cette intervention, dont la démonstration peut être actuellement qualifiée de préliminaire, s'appuie sur la prémisse selon laquelle la personne significative peut jouer un rôle important dans le changement des comportements de consommation d'un proche. Ce rôle est joué grâce à l'apprentissage d'habiletés relationnelles diverses, conceptuellement incluses dans un modèle cognitivo-comportemental. Cette approche est aussi élaborée à partir de la croyance en la capacité du membre de l'entourage à prendre soin de lui-même et à la nécessité de développer cette compétence. Finalement, on y intègre une philosophie plutôt humaniste, ainsi qu'elle a été développée par William Miller dans l'EM (Meyers, Miller et Smith, 2001).

Trois objectifs guident cette intervention, soit :

- Diminuer le recours aux SPA chez la personne alcoolique ou toxicomane (PAT) par la participation d'un membre de la famille.
- Engager en thérapie le consommateur de SPA qui résiste à changer, grâce au rôle joué par un membre de la famille.
- Aider la personne significative préoccupée à être plus indépendante et à améliorer sa qualité de vie.

Le programme CRAFT est actuellement offert en mode individuel et sa durée est indéterminée, quoique lors des études d'efficacité, les auteurs aient prévu 12 heures de rencontre pour chaque personne.

L'intervention comprend plusieurs composantes, soit l'évaluation, la construction et le soutien de la motivation du membre de l'entourage, une analyse fonctionnelle des comportements problématiques, la prévention de la violence, l'amélioration des habiletés à la communication, le renforcement positif des comportements de sobriété ou de

consommation modérée, le recours aux conséquences négatives, l'amélioration de la qualité de vie du membre de l'entourage ainsi que l'invitation faite à la PAT d'entreprendre un traitement.

## **2.9 Modèles pharmacologiques comportant ou non des aspects psychosociaux**

On peut classer les médicaments utilisés dans les traitements pharmacologiques de la toxicomanie dans quatre grandes catégories (Roberts et Ogborne, 1999), soit :

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

Soulignons qu'il existe une vaste littérature sur les traitements de substitution (par exemple le recours à la méthadone ou au suboxone) pour les personnes dépendantes à l'héroïne. Compte tenu de leur complexité, les meilleures pratiques concernant ce sous-groupe spécifique ne seront pas abordées ici. Précisons par ailleurs que l'ACRDQ y a consacré un guide d'appropriation de bonnes pratiques (Desrosiers, Fabrès et Savard, 2009). Santé Canada (2002) et l'organisme américain National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2009) y consacrent également un guide de meilleures pratiques.

### **2.9.1 Les médicaments antidipsotropes**

Parmi les médicaments antidipsotropes (ou aversifs), le disulfiram (Antabuse®) est celui qui a été le plus étudié; il s'agit du seul médicament aversif pour le traitement de la dépendance à l'alcool ayant été approuvé par Santé Canada et la Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis. Bien que plusieurs études contrôlées rigoureuses aient été menées sur l'efficacité du disulfiram chez des personnes<sup>20</sup>

alcooliques, les avantages de ce médicament demeurent ambigus (Mann, 2004; Jung et Namkoong, 2006). L'utilité et l'efficacité du disulfiram sont considérées comme limitées, étant donné qu'en général les gens ont peu tendance à suivre la posologie ou tendent à abandonner la prise de ce médicament aversif (NIDA, 2009).

### **2.9.2 Les médicaments antiaccoutumance**

L'acamprosate et la naltrexone sont deux médicaments antiaccoutumance ayant largement été étudiés dans le contexte du traitement de la dépendance à l'alcool. Il s'agit également des deux seuls médicaments ayant été approuvés par les gouvernements américain et canadien, soit par la FDA et Santé Canada, pour le traitement de la dépendance à l'alcool. Une méta-analyse récente portant sur l'efficacité de ces deux médicaments a permis de conclure que la naltrexone et l'acamprosate sont plus efficaces que le placebo pour prévenir la rechute chez les personnes dépendantes à l'alcool (Rösner, Leucht, Leherer et Sovka, 2008). Selon cette méta-analyse, ni la naltrexone ni l'acamprosate ne se montre supérieur à l'autre, mais les résultats varient selon les indicateurs de résultats considérés. En effet, l'acamprosate favorise le maintien de l'abstinence alors que la naltrexone prévient la consommation excessive d'alcool (Rösner, Leucht, Leherer et Sovka, 2008). Par ailleurs, tant les effets de la naltrexone que ceux de l'acamprosate sont plus marqués à court terme, ce qui mène plusieurs auteurs à recommander l'ajout d'un traitement psychosocial à la médication afin de maintenir les gains à plus long terme (Donovan et autres, 2008; Srisurapanont et Jarusuraisin, 2005).

### **2.9.3 Médicaments psychotropes**

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

## 2.10 Traitements pour le jeu pathologique

Les informations qui suivent sont tirées du *Guide des bonnes pratiques sur le jeu pathologique*, publié par l'ACRDQ (Desrosiers et Jacques, 2009).

Peu d'études ont à ce jour permis de confirmer « ce qui constitue un traitement efficace pour le jeu pathologique (Toneatto et Ladouceur, 2003). La méta-analyse réalisée par Pallesen et ses collaborateurs (2005) a étudié l'efficacité de certaines approches thérapeutiques privilégiées pour le jeu pathologique, dont les traitements cognitifs et comportementaux, l'approche des Gamblers Anonymes (GA), l'entrevue motivationnelle et les thérapies éclectiques (jumelage de plusieurs interventions provenant de différentes approches). Les conclusions de cette méta-analyse démontrent qu'une intervention psychologique amène de meilleurs résultats thérapeutiques qu'une absence de traitement ».

« Par ailleurs, les études de traitement publiées à ce jour qui indiquent des gains thérapeutiques à court, moyen et long terme proviennent majoritairement d'études utilisant des approches cognitive, comportementale ou cognitivo-comportementale (Pallesen et coll., 2005) ». Toneatto et Ladouceur (2003) « concluaient également que les études cognitives comportementales avaient reçu le meilleur appui empirique à ce jour ». Mais ce champ, contrairement à celui de l'évaluation de l'efficacité des traitements en toxicomanie, n'a pas bénéficié d'études comparatives de traitement *bona fide*. Ainsi, bien que l'approche cognitivo-comportementale soit celle qui a reçu les meilleurs appuis empiriques, on peut probablement croire qu'éventuellement, comme pour le champ de la toxicomanie, plusieurs approches structurées s'appuyant sur un modèle conceptuel fort, dont le traitement est détaillé dans un manuel et pour lequel les cliniciens peuvent développer une compétence reconnue, seront des traitements dont l'efficacité sera similaire.

Le recours à l'approche motivationnelle, avant l'introduction d'une thérapie cognitivo-comportementale, est par ailleurs tout indiqué « pour aider les clients à résoudre leur ambivalence quant au traitement ».

Par la suite, « les techniques cognitives et comportementales seraient à même de leur fournir les outils nécessaires pour composer avec le jeu pathologique. C'est en ce sens<sup>22</sup>

que Wulfert et ses collaborateurs (2006) ont créé une intervention combinant l'entretien motivationnel [...] avec des interventions cognitives et comportementales inspirées de l'étude faite précédemment par Sylvain et ses collaborateurs (1997) ».

Le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs, implanté par le MSSS au Québec, stipule que « la dimension cognitive constitue l'élément central » de toute intervention. « Selon cette perspective, les idées fausses ou erronées entretenues par le joueur le poussent à retourner au jeu. Le but du traitement consiste à aider le joueur à développer une perception plus réaliste du jeu, de manière à ce qu'il puisse résister davantage à son désir de jouer et qu'il comprenne pourquoi il réussit à y résister. » Les séances de jeu sont alors analysées afin de déceler les pensées erronées du joueur. Par la suite, « le clinicien tente de semer le doute chez le joueur par rapport à la véracité de celles-ci en lui fournissant de l'information concrète sur les jeux de hasard et d'argent et en distinguant ceux-ci des jeux d'adresse. À l'aide d'exercices favorisant la prise de conscience de son comportement, le clinicien poursuit le travail de modification des pensées erronées ». Des interventions comportementales peuvent aussi être utilisées, notamment pour « aider le joueur à faire face à des situations ou à des problèmes spécifiques qui nuisent à la modification de ses pensées erronées liées au jeu ». Enfin, la rechute faisant partie du « processus normal de cessation du jeu, les différentes situations pouvant placer le client à risque d'en faire une sont explorées, de même que les moyens de l'éviter. La thérapie se termine lorsque le joueur maîtrise la technique de modification de ses pensées et qu'il est conscient des risques de rechute ».

Enfin, aucune étude n'a pu démontrer l'efficacité d'une approche pharmacologique dans le traitement des joueurs pathologiques, « et aucune médication n'a été approuvée par la U.S. Food and Drug Administration pour le traitement de ce trouble (Dell'Osso, Allen et Hollander, 2005) ».

### **2.11 Les interventions auprès des jeunes**

Les informations qui suivent sont tirées du *Guide des bonnes pratiques à l'intention des jeunes et de leur entourage*, publié par l'ACRDQ (Bertrand et autres, 2006).

« La thérapie cognitive-comportementale combinée à l'intervention motivationnelle » est parmi « les modèles de thérapie dont l'efficacité a été démontrée auprès d'adolescents qui abusent d'alcool et de drogues ».

« Pour favoriser chez le jeune un sentiment d'efficacité personnelle et de maîtrise sur son environnement [...] une approche d'autonomisation (*empowerment*) » est privilégiée. L'implication de la famille dans le traitement d'un adolescent favorise son engagement et sa persistance, tout en permettant d'évaluer les besoins des parents. Parmi les approches reconnues, mentionnons la thérapie familiale multidimensionnelle, la thérapie familiale brève stratégique, la thérapie multisystémique et l'*Adolescent Community Reinforcement Approach* (ACRA) (Tremblay, Bertrand et Ménard, 2005). »

« L'établissement d'une alliance thérapeutique et la persévérance en traitement constituent un élément déterminant pour favoriser le succès de la démarche du jeune. Pour arriver à créer une telle alliance thérapeutique, une approche non confrontante basée sur des principes humanistes, comme les approches motivationnelles, s'avère une avenue prometteuse. »



## **CONCLUSION**

Rappelons, en terminant, que l'objectif du présent document est de permettre aux responsables des organismes privés et communautaires de s'assurer que leur centre propose une ou des approches reconnues dans le domaine des dépendances. Il va sans dire que le fait de se réclamer d'une approche reconnue ne garantit aucunement que son application dans la réalité s'effectue dans le respect des conditions prévues par ceux qui l'ont mise au point. Il importe donc que les centres qui choisissent l'une ou l'autre des approches répertoriées dans ce document se donnent les moyens, notamment par une formation pertinente et le choix d'intervenants compétents, de la mettre en œuvre d'une façon appropriée.

Il importe également de rappeler que le succès dans l'application de toutes ces approches repose sur des facteurs communs tels que le développement d'une alliance thérapeutique entre les intervenants et les personnes qui demandent de l'aide pour un problème de dépendance. De plus, le climat organisationnel, la qualité de l'accueil et de l'évaluation des personnes, l'accessibilité des services, pour ne mentionner que ceux-là, sont autant de facteurs qui contribuent à ce que les approches choisies puissent s'exercer dans un contexte favorisant leur efficacité. Nous recommandons au lecteur de consulter le texte de l'ACRDQ déjà cité (Tremblay, Bertrand, Landry et Ménard, sous presse) s'il désire obtenir davantage d'informations sur le sujet.

## BIBLIOGRAPHIE

- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. et Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755-768.
- Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy, 14*, 339-348.
- Azrin, N. H. et Besalel, V. (1980). *Job Club Counselor's Manual: A behavioral approach to vocational counseling*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Azrin, N. H., Sisson, R. W., Meyers, R. et Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 13*, 105-112.
- Babor, T. F. (2008). Treatment for persons with substance use disorders: Mediators, moderators, and the need for a new research approach. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 17*, S45-S49.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 125-143.
- Baker, A. et Lee, N. K. (2003). A review of psychosocial interventions for amphetamine use. *Drug and Alcohol Review, 22*(3), 323-335.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Barber, J. P., Crits-Christoph, P., Grenyer, B. F. et Diguier, L. (2010). Lester Bernard Luborsky (1920 - 2009). *American Psychologist, 65*, 293.
- Barber, J. G. et Crisp, B. R. (1995). The "pressures to change" approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction, 90*, 269-276.
- Barber, J. G. et Gilbertson, R. (1997). Coping with a partner who drinks too much: Does anything work? *Substance Use & Misuse, 32*, 485-494.

- Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G. et Massicotte, L. (2006). *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes – Pratiques gagnantes et offre de services de base*. Montréal, Québec, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M. E. et Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. et Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A metanalysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 843-861.
- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- Clark, J. J. (2009). Contemporary psychotherapy research: Implications for substance misuse treatment and research. *Substance Use & Misuse*, 44, 42-61.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L., Thase, M., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Woody, G., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis. J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K. et Beck, A. T. (1997). The National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study: Rationale and Methods. *Archives of General Psychiatry*, 54, 721-726.
- Dell'Osso, B., Allen, A. et Hollander, E. (2005). Comorbidity issues in the pharmacological treatment of pathological gambling: A critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 10, 1-21.
- DeFulio, A., Donlin, W. D., Wong, C. J. et Silverman, K. (2009). Employment-based abstinence reinforcement as a maintenance intervention for the treatment of

- cocaine dependence: A randomized controlled trial. *Addiction*, 104(9), 1530-1538.
- Desrosiers, P., Fabrès, É. et Savard, P. (2009). *Traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*. Montréal, Québec, Association des centres de réadaptation en dépendances du Québec.
- Desrosiers, P. et Jacques, C. (2009). *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance – Guide de bonnes pratiques et offre de services de base*. Montréal, Québec, Association des centres de réadaptation du Québec.
- Donovan, D. M., Anton, R. F., Miller, W. R., Hosking, J. D., Youngblood, M. et Longabaugh, R. (2008). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence (the COMBINE study): Examination of posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(1), 5-13.
- Dunn, C., Deroo, L. et Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725-1742.
- Epstein, E. E. et McCrady, B. S. (2002). Couple therapy in the treatment of alcohol problems. Dans A. S. Gurman et N. S. Jacobson (Dir.), *Clinical handbook of couple therapy* (3<sup>e</sup> éd., p. 597-628). New York, NY: Guilford Press.
- Epstein, E. E., McCrady, B. S., Morgan, T., Cook, S. M., Kugler, G. et Ziedonis, D. (2007). The successive cohort design: A model for developing new behavioral therapies for drug use disorders, and application to behavioral couple treatment. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 6, 1-19.
- Garrett, J. et Landau, J. (2007). Family motivation to change: A major factor in engaging alcoholics in treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25, 65-83.
- Garrett, J., Landau, J., Shea, R., Stanton, D., Baciewicz, G. et Brinkman-Sull, D. (1998). The ARISE Intervention: Using family and network links to engage addicted persons in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 333-343.

- Garrett, J., Landau-Stanton, J., Stanton, M. D., Stellato-Kabat, J. et Stellato-Kabat, D. (1997). ARISE: A method for engaging reluctant alcohol- and drug-dependent individuals in treatment: Albany-Rochester Interventional Sequence for Engagement. *Journal Substance Abuse Treatment*, 14, 235-248.
- Gossop, M. (2006). *Treating drug misuse: Evidence of effectiveness*. Londres, Grande-Bretagne: National Treatment Agency.
- Grenyer, B. F., Luborsky, L. et Solowij, N. (1995). *Treatment manual for supportive-expressive dynamic psychotherapy: Special adaptation for treatment of cannabis (marijuana) dependence*. Sydney, Australie : National Drug and Alcohol Research Centre.
- Hubble, M. A, Duncan, B. L., Miller, S. D. et Wampold B. E. (2010). Introduction. Dans B. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold et M. A. Hubble (Dir), *The hearth and soul of change* (2<sup>e</sup> éd., p. 23-46). Washington, DC : American Psychological Association.
- Hunt, G. M. et Azrin, N. H. (1973). A community reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D. et Fleming, R. R. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 533-543.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E. et Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 563-570.
- Johnson Institute. (1987). *How to use intervention in your professional practice: A guide for helping-professionals who work with chemical dependents and their families*. Minneapolis, MN: Johnson Institute Books.
- Jung, Y.-C. et Namkoong, K. (2006). Pharmacotherapy for alcohol dependence:

- Anticraving medications for relapse prevention. *Yonsei Medical Journal*, 47(2), 167-178.
- Kelly, J. F., Magill, M. et Stout, R. L. (2009). How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research & Theory*, 17(3), 236-259.
- Landau, J., Garrett, J., Shea, R. R., Stanton, M. D., Brinkman-Sull, D. et Baciewicz, G. (2000). Strength in numbers: The ARISE method for mobilizing family and network to engage substance abusers in treatment: A Relational Intervention Sequence for Engagement. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 379-398.
- Landau, J., Stanton, M. D., Brinkman-Sull, D., Ikle, D., McCormick, D., Garrett, J., Baciewicz, G., Shea, R. R., Browning, A. et Wamboldt, F. (2005). Outcomes with the ARISE approach to engaging reluctant drug- and alcohol-dependent individuals in treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(4), 711-748.
- Landry, M., Brochu, S., Nadeau, L., Brunelle, N., Bergeron, J., Cournoyer, L.G. et Tremblay, J. (2010). Quinze années de recherche au RISQ – Bilan des connaissances sur l’impact des traitements. *Drogues, santé et société*, 8 (2), 221-231.
- Landry, M., Guyon, L. et Brochu, S. (Dir.). (2001). *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie – Études québécoises*. [Sainte-Foy, Québec]: Presses de l’Université Laval.
- Landry, M. et Lecavalier, M. (2003). L’approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 2(1), 1-15.
- Lee, N. K. et Rawson, R. A. (2008). A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Review*, 27(3), 309-317.

- Liepman, M. R. (1993). Using family influence to motivate alcoholics to enter treatment: The Johnson Institute Intervention approach. Dans T. J. O'Farrell (Dir.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions*. (p. 54-77). New York, NY: Guilford Press.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive (SE) treatment*. New York, NY: Basic Books.
- Luborsky, L., Barber, J. P. et Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 281-287.
- Luborsky, L. et Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method* (2<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Luborsky, L., Graff, H., Pulver, S. et Curtis, H. (1973). A clinical-quantitative examination of consensus on the concept of transference. *Archives of General Psychiatry*, 29, 69-75.
- Luborsky, L., Woody, G. E., McLellan, A. T., O'Brien, C. P. et Rosenzweig, J. (1982). Can independent judges recognize different psychotherapies? An experience with manual-guided therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 49-62.
- Lundahl, B. W., Kunz, C. B., Tollefson, D. et Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137-160.
- Magill, M. et Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516-527.
- Mallams, J. H., Godley, M. D., Hall, G. M. et Meyers, R. J. (1982). A social-systems

- approach to resocializing alcoholics in the community. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 1115-1123.
- Mann, K. (2004). Pharmacotherapy of alcohol dependence: A review of the clinical data. *CNS Drugs*, 18(8), 485-504.
- Mark, D. et Luborsky, L. (1992). *A manual for the use of supportive-expressive psychotherapy in the treatment of cocaine abuse*. Philadelphie: University of Pennsylvania.
- Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. Dans G. A. Marlatt et J. R. Gordon (Dir.), *Relapse prevention* (p. 250-280). New York: Guilford Press.
- McCrary, B. S. et Epstein, E. E. (1995). Marital therapy in the treatment of alcohol problems. Dans N. S. Jacobson et A. S. Gurman (Dir.), *Clinical handbook of couple therapy* (p. 369-393). New York, NY: Guilford Press.
- McElrath, D. (1997). The Minnesota Model. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(2), 141-144.
- Mee-Lee, D, McLellan, A. T. et Miller, S. D. (2010). What works in substance abuse and dependence treatment. Dans B. Duncan, S. D. Miller, B.E. Wampold et M. A. Hubble (Dir.), *The hearth and soul of change* (2<sup>e</sup> éd., p. 393-417). Washington, DC: American Psychological Association.
- Meyers, R. J., Miller, W. R. et Smith, J. E. (2001). Community reinforcement and family training (CRAFT). Dans R. J. Meyers et W. R. Miller (Dir.), *A community reinforcement approach to addiction treatment* (p. 147-160). New York, NY: Cambridge University Press.
- Meyers, R. J. et Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Meyers, R. J., Villanueva, M. et Smith, J. E. (2005). The community reinforcement



- approach: History and new directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 247-260.
- Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S., Bien, T. H., Luckie, L. F., Montgomery, H. A., Hester, R. K. et Tonigan, J. S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. Dans R. K. Hester et W. R. Miller (éds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2<sup>e</sup> éd., p. 12-44). Boston: Allyn and Bacon.
- Miller, W. R. et Rollnick, S. R. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Miller, W. R. et Rollnick, S. R. (2006). *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement*. Paris, France: InterÉditions-Dunod.
- Miller, W. R., Walters, S. T. et Bennett, M. E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 211-220.
- Miller, W. R. , Zweben, A., DiClemente, C. C. et Rychtarik, R. G. (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence* (DHHS Publication n° ADM 92-1894). Rockville, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Morgenstern, J. et McKay, J. R. (2007). Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders. *Addiction*, 102(9), 1377-1389.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2009). « Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide » (2<sup>e</sup> éd.) (n° 09-4180). NIH Publication, 80 pages.
- O'Farrell, T. J. (1993). A behavioral marital therapy couples group program for alcoholics and their spouses. Dans T. J. O'Farrell et W. R. Miller (Dir.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (p. 170-209). New York: Guilford Press.

- O'Farrell, T. J., Cutter, H. S. et Floyd, F. J. (1985). Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: Effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior therapy*, 16, 147-167.
- O'Farrell, T. J. et Fals-Stewart, W. (2006). *Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse*. New York, NY: Guilford Press.
- Pallesen, S., Morten, M., Kvale, G., Johnsen B-J. et Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *Addiction*, 100, 1412-1422.
- Powers, M. B., Vedel, E. et Emmelkamp, P. M. G. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 952-962.
- Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E. et Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 53-72.
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Project MATCH Research Group. (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research*, 8(4), 455-474.
- Rangé, B. P. et Marlatt, G. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for alcohol and drug use disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, S88-S95.
- Roberts, G. et Ogborne, A. (1999). *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie, traitement et réadaptation*, Ottawa, Ontario: Santé Canada.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. Dans S. Koch (Dir.). *Psychology: A study of a science Volume 3: Formulations of the person and the social context*

- (p. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rösner, S., Leucht, S., Leher, P. et Soyka, M. (2008). Acamprosate supports abstinence, naltrexone prevents excessive drinking: Evidence from a meta-analysis with unreported outcomes. *Journal of Psychopharmacology*, 22(1), 11-23.
- Santé Canada. (2002). *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa, Ontario: Santé Canada.
- Shearer, J. (2006). Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 41-52.
- Silva, C. J. et Serra, A. M. (2004). Cognitive and cognitive-behavioral therapy for substance abuse disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), S33-9.
- Sisson, R. W. et Azrin, N. H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 15-21.
- Sisson, R. W. et Azrin, N. H. (1993). Community reinforcement training for families: A method to get alcoholics into treatment. Dans T. J. O'Farrell (Dir.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (p. 34-53). New York, NY: Guilford Press.
- Smith, J. E., Meyers, R. J. et Miller, W. R. (2001). The community reinforcement approach to the treatment of substance use disorders. *American Journal of Addiction*, 10 (suppl.), 51-59.
- Smith, L. A., Gates, S. et Foxcroft, D. R. (2006). Therapeutic communities for substance related disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 25(1) No.: CD005338.
- Srisurapanont, M. et Jarusuraisin, N. (2005). Naltrexone for the treatment of alcoholism: A meta-analysis of randomized controlled trials. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 8(2), 267-280.

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2007). « Understanding Evidence-Based Practices for Co-Occurring Disorders ». Rockville, U.S. Department of Health and Human Services.
- Sylvain, C., Ladouceur, R. et Boisvert, J. M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 727-732.
- Thomas, E. J. et Ager, R. D. (1993). Unilateral family therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers. Dans T. J. O'Farrell (Dir.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (p. 3-33). New York, NY: Guilford Press.
- Toneatto, T. et Ladouceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*, 284-292
- Tremblay, J., Bertrand, K., Landry, M. et Ménard, J.-M. (sous presse). *Recension des écrits sur les meilleures pratiques dans les services de réadaptation auprès des adultes alcooliques ou toxicomanes*. Manuscrit soumis en vue de sa publication.
- Tremblay, J., Bertrand, K. et Ménard, J.-M. (2005). *Implication des membres de l'entourage dans le processus de réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes*. Montréal, Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- UKATT Research Team. (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems: Findings of the randomized UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ, 331*(7516), 541-547.
- Vallejo, Z. et Amaro, H. (2009). Adaptation of mindfulness-based stress reduction program for addiction relapse prevention. *The Humanistic Psychologist, 37*(2), 192-206.
- Vasilaki, E. I., Hosier, S.G. et Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism, 41*(3), 328-335.

- Wakefield, P. J., Williams, R. E., Yost, E. B. et Patterson, K. M. (1996). *Couple Therapy for Alcoholism: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual*. New York, NY: Guilford Press.
- Waldron, H. B. et Kaminer, Y. (2004). On the learning curve: The emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*, 99(2), 93-105.
- Wampold, B. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. Dans B. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold et M. A. Hubble (Dir.), *The hearth and soul of change* (2<sup>e</sup> éd., p. 23-46). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. et Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, 'all must have prizes'. *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215.
- Witkiewitz, K. et Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *American Psychologist*, 59(4), 224-235.
- Wulfert, E., Blanchard, E., Frainberg, B. M. et Martell, R.S. (2006). Retaining pathological gamblers in cognitive behaviour therapy through motivational enhancement: A pilot study. *Behavior Modification*, 30(3), 315-340.
- Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M. et Fleming, M. (2008). Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: A feasibility pilot study. *Journal of Addiction Medicine*, 2(3), 165-173.