

Gerald Melnick, George De Leon, George Thomas, David Kressel, A *client-treatment matching protocol for therapeutic communities : first report* , Journal of Substance Abuse Treatment 21, 2001, pp. 119-128.

Cette étude porte sur un protocole de "client-treatment matching" (CPM) servant à l'indication des clients toxico-dépendants vers des thérapies ambulatoires ou résidentielles. (note : « *Matching* » signifie qui correspond à, qui est adéquat pour, en harmonie avec).

Introduction

De manière générale, les clients avec un meilleur soutien social et économique et moins de problèmes psychiatriques ont de bons résultats dans la plupart des traitements, quel qu'il soit.

Ceux qui ont une stabilité sociale et psychologique plus faible, une dépendance plus sévère et des problèmes psychiatriques sérieux ont de moins bons résultats dans les traitements, mais en particulier dans les traitements ambulatoires. Les études actuelles sur les *Outcome* montrent constamment que les clients ayant les problèmes les plus sévères vont plus facilement vers les thérapies résidentielles. Les recherches montrent cependant que sans stratégie objective les thérapeutes utilisent, pour le placement, des schémas basés sur moins d'information qu'ils estimeraient pertinents d'utiliser. Ces variations et ce manque de cohérence conduit à des désaccords incessants parmi les thérapeutes sur le traitement adéquat pour le client.

Méthodologie

Deux cohortes ont été constituées au sein de services d'admission de neufs communautés thérapeutiques réparties dans différentes régions géographiques des USA : un échantillon-test (n=318) et un échantillon de contrôle (n=407). Les clients ont tous eu le CPM, mais les services d'admission ne connaissaient pas le résultat du CPM (« *blind* ») et ont procédé à une admission selon leur méthode habituelle.

La question du *matching* est tout particulièrement cruciale pour les communautés thérapeutiques. Aujourd'hui, les communautés thérapeutiques présentent une grande variété d'offres au service de groupes-cibles de clients parfois très différents, comme par exemple ceux qui utilisent différentes drogues et ont des problèmes psycho-sociaux en plus de leur abus de drogues. Sans critères reconnus pour orienter un client vers un traitement ou vers un autre, le processus d'indication est livré en pâture à ceux qui tiennent des considérations avant tout financières comme les services placeurs et les payeurs.

Par ailleurs, l'absence de critères explicites de *matching* est un des facteurs qui contribue aux taux élevés de *dropouts* (=sorties prématurées des clients/-es en thérapie).

Comment fonctionne ce CPM ?

Il y a un processus de décision « en arbre » basé sur trente items avec un système de sélection selon les scores (« *dichotomous score* » : fait ressortir un risque élevé ou faible dans tel ou tel domaine). Si le risque est bas dans la première partie, le client sera dirigé vers l'ambulatoire, sinon il passe à la deuxième partie. L'histoire de l'abstinence va ensuite être examinée et si le client a une longue période d'abstinence (plus d'une année sur une carrière de consommation de quatre ans) alors il sera dirigé vers l'ambulatoire. Sinon, le client passe à la troisième partie. Les facteurs sociaux sont examinés. S'ils sont négatifs, le client est dirigé vers le résidentiel, s'ils sont positifs il passe à la quatrième et dernière partie : la détermination du potentiel d'intégration (s'agit-il d'une habilitation ou d'une réhabilitation ?). Si ce dernier s'avère positif le client peut être encore être dirigé vers l'ambulatoire et sinon vers le résidentiel.

Pour plus de détails sur ce « *Referral Decision Tree* », je vous renvoie à l'article lui-même

Quels sont les résultats du CPM ?

La concordance entre l'indication traditionnelle et celle qui a été posée au moyen du CPM est élevée (> 70%). Le CPM représente avant tout un « affinage » des pratiques actuelles, notamment dans le sens où les analyses de régression ont montré que les dispositions

positives au traitement (comme l'accomplissement du traitement ou la rétention plus longue dans le traitement) étaient significativement plus élevées parmi les clients qui ont eu l'indication via le CPM.

Les interactions entre l'adéquation au traitement et les motivations du client au moment de l'indication sont intéressantes et sont liées aux variables de prédiction. Le *matching* a d'autant plus d'effet positif sur les facteurs prédictifs du traitement que la motivation du client est moyenne à modérée. Pour les clients très motivés et pour ceux qui ne le sont pas du tout, le *matching* n'a pas d'effet. Ce thème offre des pistes très intéressantes et mériterait encore d'être approfondi dans de futures études.

Commentaires COSTE :

Comme on vient de le voir, le processus d'indication est un point central qui doit être amélioré dans le processus thérapeutique des personnes toxico-dépendantes. Une indication faite sur des bases objectives et harmonisées dans l'ensemble d'un bassin de population ou de l'ensemble du pays par exemple permettra sans aucun doute d'améliorer les facteurs prédictifs positifs des clients/-es pour une thérapie, d'asseoir de manière plus sûre les thérapies de qualité et d'avoir des arguments solidement posés contre la seule raison financière, notamment dans une période où les moyens financiers accordés à l'aide aux toxicomanes s'amenuisent.

Plusieurs instruments d'indications sont en cours d'élaboration avant tout sur le continent américain, mais aussi en Europe et ce dans plusieurs secteurs de santé.

L'exemple résumé ci-dessus permet de comprendre l'intérêt indéniable qu'on peut leur accorder et il faut encore relever que cet instrument a été conçu pour pouvoir être utilisé, moyennant une courte formation pour l'utilisation de l'instrument, autant par des travailleurs sociaux et que par des médecins (idéalement en collaboration les uns avec les autres !!!).

Si l'on envisage une application dans notre pays et nos structures d'aide aux personnes toxico-dépendantes, ce type d'instrument pose toutefois plusieurs questions -notamment d'ordre juridique- qui sont à éclaircir.

Nicolas Dietrich