

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**EFFICACITÉ ET INGRÉDIENTS DE SUCCÈS DE L'ENTRETIEN
MOTIVATIONNEL AUPRÈS DES ADULTES ÉMERGENTS ET ADULTES
AYANT UN TROUBLE DE L'USAGE DE SUBSTANCES**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

PAR ANNE-MARIE POIRIER

AOÛT 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Natacha Brunelle

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

Natacha Brunelle

Prénom et nom

directeur ou codirecteur de recherche

Julie Carpentier

Prénom et nom

Évaluateur

Prénom et nom

Évaluateur

RÉSUMÉ

La consommation de substances psychoactives (SPA) est un phénomène répandu dans notre société. L'usage problématique de SPA a un impact important et non négligeable pour le consommateur, son entourage et sur la société (Gouvernement du Québec, 2016). La consommation atteint un sommet auprès des adultes émergents. Ceux-ci auraient des problèmes de motivation en étant ambivalents quant à leur volonté de changement de leurs habitudes de consommation (Le Corff, 2014). Dans le but de répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle, un modèle d'intervention a été développé soit l'entretien motivationnel (EM) (Miller et Rollnick, 1983). Cet essai a donc pour but de documenter l'efficacité de l'EM ainsi que les ingrédients de succès de ce modèle d'intervention auprès des adultes émergents et adultes ayant un trouble de l'usage de SPA. Pour ce faire, une recension des écrits francophones et anglophones a été réalisée dans plusieurs bases de données. Au total, neuf documents ont été consultés. L'analyse de ces études indique que l'EM est un modèle d'intervention efficace (Gaume et al., 2021 ; Tremblay et Simoneau, 2010), notamment chez les adultes émergents présentant un trouble d'usage de certaines substances (Denton, 2014 ; Gaume *et al.*, 2021 ; Kelleher *et al.*, 2021 ; Tremblay et Simoneau, 2010). L'efficacité de l'EM dépend également de certains ingrédients de succès propre à ce modèle d'intervention, par exemple, faire preuve d'empathie et rouler avec la résistance de l'usager (Carpenter et al., 2012 ; Frost, 2018 ; Gaume et al., 2021 ; Rousselet, 2017). D'ailleurs, d'autres ingrédients de succès comme la formation et l'expérience du clinicien peuvent également garantir du succès de l'application de l'EM (Carpenter *et al.*, 2012). La période d'application du modèle d'intervention est également un élément à prendre en considération pour que l'EM soit efficace (Schouten *et al.*, 2021 ; Frost *et al.*, 2018). Finalement, le développement d'outils numériques avec lesquels les adultes émergents sont familiers est un moyen d'intervention efficace afin de rejoindre cette clientèle et de les intégrer aux services (Schouten *et al.*, 2021).

Table des matières

RÉSUMÉ	iii
Remerciements	v
Introduction	1
Portrait de la consommation de substances psychoactives au Québec et au Canada	1
Adultes émergents	3
La consommation de substances psychoactives chez les adultes émergents	4
Proportion d'adultes émergents consommateurs versus l'offre de service adaptée à cette clientèle.....	5
Motivation au changement	5
La motivation chez les adultes émergents	7
Fondement de l'entretien motivationnel.....	9
Les principes de l'entretien motivationnel.....	10
Objectif de l'essai.....	12
Méthode	13
Recherche documentaire.....	13
Critères de sélection des articles.....	13
Résultats du processus de recension des écrits.....	14
Résultats	17
Efficacité de l'entretien motivationnel.....	17
Substances.....	17
Clientèle cible	18
Ingrédients qui rendent l'entretien motivationnel efficace.....	19
Période idéale d'application	19
Modalité d'intervention	19
Aptitudes du professionnel	20
La formation des professionnels	21
L'EM comparé à d'autres traitements	21
Discussion	22
Forces et limites de l'essai	24
Recommandations	26
Conclusion	28
Références	30

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier Natacha Brunelle qui a accepté de diriger mon essai et de m'accompagner tout au long de ce processus. Il s'agit de ma première expérience quant à un travail de deuxième cycle d'une aussi grande envergure. Je tiens à te remercier de m'avoir guidée à travers ce travail de recherche et de rédaction avec autant de patience et de gentillesse.

Je tiens aussi à remercier mes parents qui m'ont toujours soutenue dans ce parcours universitaire. Vous avez été derrière moi à chaque épreuve et m'avez encouragée à poursuivre et à atteindre mes objectifs. Par la suite, je tiens à remercier mes amis, mes collègues de travail et également mes collègues d'université qui m'ont tout autant soutenue durant ce processus. Je vous serai éternellement reconnaissante pour tout ce soutien et vos encouragements.

Introduction

La consommation de substances psychoactives (SPA) est un phénomène bien connu dans notre société (Tessier et Noël). La consommation de SPA touche la population de tout âge (Gouvernement du Québec, 2016). La majorité des gens vont consommer des SPA sans développement de dépendance ou de programme de consommation. Toutefois, une partie de la population en fait un usage à risque.

Les personnes âgées entre 18 et 35 ans représentent la proportion de personnes consommant le plus de SPA et vivant le plus de conséquences négatives reliées à cette consommation (Institut de la statistique du Québec, 2022 ; Gouvernement du Québec, 2016 ; Centre québécois de lutte aux dépendances, 2011). Ces jeunes de cette tranche d'âge sont appelés dans la littérature les adultes émergents (Le Corff, 2014 ; Veilleux et Molgat, 2010).

Il s'avérerait donc pertinent de recenser les techniques d'intervention efficaces auprès de la clientèle d'adultes émergents ayant des difficultés de consommation. Cette recension des écrits porte donc sur l'efficacité de l'entretien motivationnel et des ingrédients de succès (EM) auprès des adultes émergents ayant un trouble d'utilisation de substance (TUS). Comme précisé dans la méthode, nous avons dû élargir la recension des écrits à la population adulte en général également.

Portrait de la consommation de substances psychoactives au Québec et au Canada

La consommation de (SPA) est un phénomène bien connu. Autant les adolescents que les adultes émergents, les adultes et même les personnes âgées consomment des SPA, surtout de l'alcool. Il s'agit de la substance la plus populaire. La consommation d'alcool est une habitude qui est culturellement intégrée dans le mode de vie de plusieurs sociétés (Tessier et Noël, 2018). Au Québec, environ 82% de la population consomme de l'alcool. Les études comparant le Québec au reste du Canada indiquent que les Québécois sont proportionnellement plus nombreux à consommer de l'alcool. De 2013-2015, les personnes âgées de 18 à 24 ans représentaient la plus grande proportion des buveurs, soit

88,5% (Gouvernement du Québec, 2016). Bien que cette substance soit populaire et socialement acceptée, elle a un impact important sur la santé des individus. Près de 200 problèmes de santé et sociaux sont liés à la consommation d'alcool, ce qui fait de l'usage de l'alcool une problématique importante aux yeux de la santé publique (Gouvernement du Québec, 2016). La consommation d'alcool représente le troisième facteur de risque le plus important pour les maladies et les handicaps et près de 4% des décès dans le monde sont liés à l'alcool (Watson *et al.*, 2013). L'alcool représente la première cause de mortalité chez les adolescents et jeunes adultes à travers le monde. Le *binge drinking* et la consommation élevée d'alcool sont des facteurs de risque pour des blessures, des traumatismes, l'adoption de comportements sexuels à risque et de mauvaises habitudes de vie, spécialement chez les adultes émergents (Gaume *et al.*, 2021). La tranche d'âge correspondant aux adultes émergents peut varier selon divers auteurs. Cependant, Le Corff (2014) et Veilleux et Molgat (2010) décrivent les adultes émergents comme la population étant âgée entre 18 et 25 ans (Le Corff, 2014). Il est possible de définir les adultes émergents également par le fait que ceux-ci vivent différents moments de transitions, par exemple, le départ de la maison familiale ou la fin d'études postsecondaires (Veilleux et Molgat, 2010).

Le cannabis est la deuxième SPA la plus consommée par les Canadiens (Tessier et Noël, 2018). Selon l'Enquête québécoise sur le cannabis qui a été réalisée de 2018 à 2021, près de 51% des Québécois âgés de 15 ans et plus ont consommé du cannabis au cours de leur vie. La prévalence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes et la proportion est plus élevée chez les personnes âgées de 25 à 34 ans (Institut de la statistique du Québec, 2022). Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) effectuée en 2014-2015 (Institut de la statistique du Québec, 2018), moins de deux pour cent de la population de 15 ans et plus consomme d'autres SPA que l'alcool et le cannabis.

Les drogues répertoriées comme étant les plus consommées (en ordre décroissant) sont les suivantes : cocaïne, ecstasy, amphétamines, médicaments non prescrits, hallucinogènes, colle et *crystal meth* (Institut de la statistique du Québec, 2018). Les

amphétamines telles que *speed*, *ice* ou *cristal* sont des stimulants majeurs sous forme de comprimés, de cristaux ou de poudre. Dans les amphétamines, on retrouve aussi la méthamphétamine qui est un psychostimulant deux fois plus actif. Par ailleurs, les drogues telles que l'ecstasy, le GHB, le PCP et la kétamine sont majoritairement associées aux soirées de *raves* (Centre québécois de lutte aux dépendances, 2011). Parmi les hallucinogènes, on retrouve des substances comme la kétamine, le LSD, les champignons magiques et la mescaline. Ces drogues causent des hallucinations, c'est-à-dire des altérations des perceptions, de la cohérence, de la pensée et affectent l'humeur. Cependant, ces drogues ne causent pas nécessairement de confusion mentale ou de trouble de la mémoire (Centre québécois de lutte aux dépendances, 2011).

Bien que celle-ci ne soit pas mentionnée dans les drogues les plus consommées, il est impossible de ne pas parler des opioïdes. Les opioïdes font partie d'une grande famille de médicaments dérivés des opiacés. Ceux-ci sont prescrits dans le but de soulager des douleurs importantes. Les opioïdes représentent un risque pour la consommation problématique, car ils créent un sentiment de bien-être et un état d'euphorie. Des substances comme le fentanyl ou l'héroïne sont des opioïdes (Centre canadien sur les Ann et l'usage de substance, 2022). Depuis les années 1980, au Canada, la consommation d'opioïdes sur ordonnance a connu une forte augmentation (Hatt, 2022). En 2019, la prévalence de consommation d'opioïdes chez les adultes de 25 ans et plus est de près de 15%. Il s'agit d'une nette augmentation comparativement à une prévalence de 12,1% en 2017 (Statistique Canada, 2019 ; Statistique Canada, 2021). Au Canada, en 2016, huit décès par jour étaient reliés à une intoxication aux opioïdes. Au total, en 2016, près de 3000 personnes sont décédées en lien avec une intoxication à ces substances. En 2020, le total s'élève à près de 6000 personnes (Hatt, 2022). Le Canada, incluant le Québec, vit une crise importante des opioïdes.

Adultes émergents

Les personnes âgées de 18 et 25 ans sont considérées comme adultes émergents (Le Corff, 2014 ; Veuilleux et Molgat, 2010). Cette période est différente de la période d'adolescence ou de la vie adulte, car elle est marquée par plusieurs changements sur les

plans suivants ; vie amoureuse, études et emploi (Le Corff, 2014). Les adultes émergents vivent des moments de transitions tels que le départ du nid familial, la fin des études, l'intégration sur le marché du travail et plusieurs débutent une relation de couple sérieuse. De plus, pour les adultes émergents, ce parcours n'est pas linéaire notamment dans des moments de transitions que vivent les adultes émergents (Veilleux et Molgat, 2010). Ce sont ces transitions qui différencient la période d'adultes émergents de celles de l'adolescence et de l'âge adulte.

Pour les adultes émergents, la consommation de SPA est souvent considérée comme un phénomène normal. C'est à cette tranche d'âge que l'on retrouve le plus de TUS et de conséquences ou de problèmes associés (Centre québécois de lutte aux dépendances, 2011; Le Corff, 2014). Il s'agit de 36,1% des jeunes canadiens qui présentent une consommation d'alcool à risque. Ce chiffre représente le double de la moyenne nationale chez le reste de la population qui représente 17% (Enquête sur les toxicomanes au Canada, 2007). C'est à cette période que les habitudes de consommation s'installeraient pour certains individus. Le TUS chez l'adulte émergent est souvent minimisé étant donné que la consommation de certaines SPA (p. ex., alcool) est vue comme courante et normale et qu'elle est encouragée par les pairs (Arnett, 2005 ; Le Corff, 2014).

La consommation de substances psychoactives chez les adultes émergents

Selon Le Corff (2014), la consommation de SPA chez les adultes émergents serait liée à l'exploration identitaire. En premier lieu, ces personnes cherchent à vivre de nombreuses expériences. Ces expériences comprennent la recherche de sensations fortes par la consommation de SPA. En second lieu, certains types d'exploration seraient liés à une plus grande utilisation de SPA. En ce sens, la consommation serait liée à l'instabilité émotionnelle (anxiété, tristesse) que peuvent ressentir les adultes émergents. Dans certains cas, la consommation de SPA serait utilisée comme moyen d'automédication (Le Corff, 2014). L'étude de Le Corff (2014) comprenait 218 usagers âgés de 18 et 24 ans issus de deux centres de réadaptation en dépendance (CRD) du Québec.

C'est lors de la vie d'adulte émergent que la consommation de SPA atteint des sommets. Par exemple, pour l'alcool, les individus âgés de 18 et 24 ans représentent 88,5% des consommateurs (Gouvernement du Québec, 2016). Pour le cannabis, il s'agit des individus âgés entre 18-24 ans (57,5%) et 25-34 (69,9%) ans qui ont le plus haut taux de prévalence relié à la consommation (Gouvernement du Québec, 2022). Cependant, pour la plupart de ces adultes, ceux-ci ne développeront pas un TUS. Pour la majorité, la consommation demeurera récréative et n'aura pas d'impact significatif sur le fonctionnement de la personne.

Proportion d'adultes émergents consommateurs versus l'offre de service adaptée à cette clientèle

Bien que le TUS soit présent chez les adultes émergents, ils sont sous-représentés dans l'offre de service des (CRD) et dans la littérature en dépendance (Le Corff, 2014 ; Gaume *et al.*, 2021). D'ailleurs, lorsque les adultes émergents se présentent dans les services, ils y demeurent moins longtemps que les adultes plus âgés (Le Corff, 2014). Or, la persistance dans le suivi est un élément important quant au succès de la démarche de rétablissement en dépendance (Le Corff, 2014). Chez les jeunes de cette tranche d'âge, la motivation est régulièrement caractérisée par de l'ambivalence et le fait d'être âgé de moins de 30 ans est lié à l'abandon hâtif des traitements en dépendance (Le Corff, 2014).

Motivation au changement

La motivation semble être un concept très important à considérer lorsqu'il est question de traitement du TUS (Le Corff, 2014 ; Frost *et al.*, 2017; Simoneau *et al.*, 2004 ; Tremblay *et al.*, 2010). Les études qui traitent de l'abandon du traitement établissent un lien entre les inconstances motivationnelles ou le manque au niveau de la motivation et l'abandon des services (Le Corff, 2014). Plusieurs adultes émergents expliquent leur abandon du traitement par une faible motivation ou par un faible espoir de changement. Par exemple, changer d'opinion par rapport au programme, ne pas avoir de bonne raison pour arrêter la consommation, ne pas se sentir assez motivé à poursuivre le programme et avoir perdu espoir en leurs compétences pour changer en ce moment sont des exemples d'inconstances motivationnelles (Ball *et al.*, 2006 ; Le Corff, 2014).

Miller et Rollnick (1983) décrivent la motivation de la façon suivante ; il s'agit des probabilités qu'une personne débute, poursuive et adhère à un changement spécifique. Afin de mieux accompagner les usagers dans leur processus de rétablissement et d'agir sur la motivation, James Prochaska et Carlo DiClemente ont publié le modèle transthéorique du changement en 1982 (Berriche-Harzallah, 2014 ; Rossignol, 2001). Il sert à plusieurs cliniciens pour intervenir sur la motivation des individus se présentant pour avoir du soutien quant à leur consommation de SPA.

Les individus qui se présentent pour recevoir un traitement quant à leur TUS peuvent être dans un état d'ambivalence qui peut paraître aux yeux de certains cliniciens comme un manque de motivation. Les auteurs considèrent cet aspect tout à fait normal (Rossignol, 2001). Le modèle transthéorique indique que les personnes ayant un TUS traversent une série de stades. Il est important de savoir que ces stades ne sont pas nécessairement linéaires. D'ailleurs, une personne peut se retrouver à différents stades à la fois selon sa situation (Rossignol, 2001). Par exemple, un individu peut être prêt à apporter des changements quant à sa consommation de cannabis, mais ne pas reconnaître sa problématique de consommation d'alcool.

Selon Prochaska et DiClemente (1982), un individu peut passer à travers six stades de changement. En voici, une brève définition telle que réinterprétée par Rossignol (2001) et Berriche-Harzallah (2014) sera présenté ci-des. D'abord, un individu se retrouvant au stade de la *Précontemplation* n'estime pas avoir un TUS. Cette personne se présentera dans les services en raison de facteurs externes tels que des problèmes avec la justice, des difficultés familiales et/ou professionnelles, etc. Ce sont les proches qui s'inquiètent et qui ont remarqué les difficultés de la personne concernée et qui l'incitent à aller en thérapie (Berriche-Harzallah, 2014 ; Rossignol, 2001).

Le deuxième stade de changement, la *Contemplation*, est décrit par le sentiment d'ambivalence ressenti chez l'utilisateur. Il envisage un changement, mais il est hésitant en raison des aspects positifs qu'apporte la consommation. Ce dernier fluctue entre un

discours mentionnant ses inquiétudes et les raisons de ne pas s'inquiéter (Berriche-Harzallah, 2014 ; Rossignol, 2001).

Le stade de *Décision* est un stade déterminant. L'individu reconnaît qu'il a un problème et prend finalement la décision de modifier ses habitudes de consommation problématiques. Cette prise de décision peut être passagère, c'est-à-dire que celui-ci peut revenir au stade de *Contemplation ou de pré-contemplation* (Berriche-Harzallah, 2014 ; Rossignol, 2001).

Le stade de l'*Action* correspond aux premiers moments de changement des habitudes de consommation (Berriche-Harzallah, 2014 ; Rossignol, 2001). L'individu rencontrera probablement des difficultés face à ce changement, du support et des encouragements de son entourage et possiblement d'un professionnel sont souhaités.

Le stade de *Maintien* correspond à la période suivant les premiers moments de changements. L'individu tente de résister pendant plusieurs mois aux tentations vis-à-vis le retour à des comportements problématiques. La personne met en application diverses stratégies afin de résister à l'envie de consommer à nouveau (Berriche-Harzallah, 2014 ; Rossignol, 2001).

Le stade de *Rechute* permet de comprendre les raisons pour lesquelles un individu peut retrouver ses anciennes habitudes et anciens comportements de consommation de SPA. Selon ce modèle, la rechute fait partie du processus de rétablissement. Il peut arriver qu'un individu ait besoin de plusieurs tentatives avant de sortir de ce cercle de façon permanente (Rossignol, 2001).

La motivation chez les adultes émergents

Cet essai concerne plus précisément la motivation des adultes émergents lorsque ceux-ci souhaitent modifier leurs habitudes de consommation. D'abord, voici quelques raisons énumérées par les adultes émergents ayant un TUS souhaitant diminuer ou cesser de consommer : les retombées négatives de la consommation sur leur santé, leur estime

de soi diminuée, la perception que les autres ont d'eux, leur manque d'hygiène et de propreté; un désir de s'accomplir, d'avoir du contrôle sur leur consommation et d'économiser financièrement (Chauchard *et al.*, 2013). Le désir d'améliorer sa santé physique ressort aussi, notamment chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI) selon l'étude de Poliquin et ses collaborateurs (2021) auprès de 30 personnes UDI de 18 ans et plus (âge médian de 44 ans) et celle de Chauchard et collaborateurs (2013) auprès de 63 participants consommant du cannabis de 28 ans en moyenne. Les consommateurs souhaitent améliorer leur santé mentale et physique (Poliquin *et al.*, 2021; Chauchard *et al.*, 2013). Lorsque les utilisateurs de drogues par injection parlent de changement quant à leur consommation, leur objectif est soit l'abstinence, la réduction ou l'imposition d'une limite quant à leur consommation (Poliquin *et al.*, 2021).

Il est également important de prendre en considération la motivation au changement. Dans ses écrits, Le Corff (2014) mentionne que très peu de recherches portent sur la motivation initiale et l'abandon des services en dépendance chez les adultes émergents. Celle-ci a donc fait sa propre étude sur le sujet dans laquelle elle identifie deux types de motivation initiale chez les adultes émergents, soit le niveau de motivation initiale au traitement lié uniquement à la consommation de SPA et le niveau de motivation initiale au traitement lié aux autres sphères de la vie (physique, psychologique, familiale et sociale, emploi et ressources, judiciaire). Les résultats indiquent qu'un participant sur 20 ne reconnaît pas avoir besoin de traitement pour leur consommation. Ils se retrouvent au stade de la précontemplation. Un participant sur cinq reconnaît qu'il a une consommation problématique, mais ne reconnaît pas avoir besoin de suivi thérapeutique pour l'instant. Ces participants sont au stade de la contemplation. Finalement, la majorité des participants (75 %) se retrouvent au stade de préparation, ceux-ci admettant avoir besoin d'un suivi thérapeutique en dépendance.

Pour ce qui est du niveau de motivation initiale au traitement lié aux autres sphères de vie de l'individu, les participants se retrouvent principalement entre les stades de motivation de contemplation et de préparation (Le Corff, 2014). Ceux-ci considèrent donc qu'ils rencontrent des difficultés dans certaines sphères de leur vie et sont ouverts à

un suivi. Cependant, quelques participants (près d'un participant sur dix) ne considèrent pas avoir besoin d'un suivi thérapeutique malgré le fait que le thérapeute lui conseille un suivi.

La présence de difficultés et d'instabilités dans plusieurs sphères de vie des adultes émergents (Arnett, 2000 ; Arnett, 2007) aurait pu expliquer le fait que la majorité d'entre eux se situent à un stade de motivation de préparation lors de leur demande d'aide. Toutefois, seulement 40% des jeunes reconnaissent avoir besoin de services dans les autres sphères de leur vie. La demande d'aide se situe, pour la plupart, uniquement pour un changement au niveau de la consommation et semble être le levier principal dans la demande de traitement (Le Corff, 2014). Les résultats de l'étude de Le Corff (2014) démontrent que plus de la majorité des adultes émergents sont à un stade de motivation initiale appelé préparation (Prochaska et DiClemente, 1982) lors de leur demande de traitement en CRD.

Afin de faire face à ces enjeux de motivation (Chauchard *et al.*, 2013 ; Le Corff, 2014), certains auteurs ont développé des outils pour accompagner les personnes ayant un TUS à cesser ou diminuer leur consommation de SPA. Tremblay et Simoneau (2010) ont résumé trois modèles portant sur la motivation dans le cadre de l'intervention auprès des individus ayant un TUS. Il s'agit de la théorie de l'autodétermination, de la théorie des préoccupations actuelles et de l'entretien motivationnel (EM). Un des moyens utilisés dans le cadre de l'intervention est l'entretien motivationnel (EM) (Miller et Rollnick, 1983). Il sera présenté plus en détail dans les sections suivantes.

Fondement de l'entretien motivationnel

William Miller et Stephan Rollnick (1983) sont les fondateurs de l'EM. Ce modèle d'intervention s'inspire de la psychologie humaniste de Carl Rogers dans laquelle la thérapie avec l'utilisateur est centrée sur le client et met l'accent sur l'écoute réflexive fondée sur une estime inconditionnelle et une empathie. Dans les années 1980, l'EM a vu le jour en raison des approches de traitement traditionnel (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017 ; Tremblay et Simoneau, 2010). Celles-ci

voyant les personnes ayant des problèmes de consommation comme étant dans le déni, refusant d'assumer leur part de responsabilité et devant à tout prix accepter un traitement visant l'abstinence. Miller et Rollnick (1983) ont observé que la façon dont les thérapeutes interagissent avec leurs patients pouvait avoir un impact sur la façon dont ces derniers composent avec le sentiment d'ambivalence qui les habite. Alors, l'EM s'inscrit dans le courant selon lequel il est préférable d'éviter la confrontation et l'opposition en misant sur un partenariat ayant pour but de déterminer des objectifs concrets de changements avec un esprit de collaboration plutôt que de persuader le client de changer (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017).

Les principes de l'entretien motivationnel

L'EM est un modèle d'intervention qui est centré sur l'utilisateur et qui met l'accent sur ses besoins et ses valeurs (Frost *et al.*, 2018). Ce modèle est utilisé avec ceux qui sont peu enclins à changer ou qui sont ambivalents dans le but de les préparer au changement (Denton, 2014). Pendant l'EM, on recommande aux cliniciens d'utiliser une approche collaborative centrée sur le client plutôt que d'utiliser un rôle d'expert (Frost *et al.*, 2018). Le pouvoir de changer est laissé à l'individu et les techniques sont basées sur le soutien plutôt que sur l'argumentation (Tremblay et Simoneau, 2010). Les fondements de l'EM sont les suivants : centrer le traitement sur l'utilisateur (Frost *et al.*, 2022 ; Gaume *et al.*, 2021), faire preuve d'empathie, rouler avec la résistance (Tremblay et Simoneau, 2010), développer le sentiment d'efficacité (Self *et al.*, 2022 ; Tremblay et Simoneau, 2010) et se centrer sur le discours de changement (Frost *et al.*, 2018). Les auteurs de l'EM indiquent que la motivation au changement est malléable et que l'alliance thérapeutique est une source importante d'influence de celle-ci (Tremblay et Simoneau, 2010).

L'EM repose sur certains principes et stratégies. Rousselet (2017) les a bien décrits, les voici :

- L'empathie ; repérer les contradictions ; éviter l'affrontement ; ne pas forcer la résistance du patient ; renforcer le sentiment de liberté de choix ; renforcer le

sentiment d'efficacité personnelle ; les questions ouvertes ; l'écoute en écho et le résumé.

L'utilisation de ces techniques permet d'orienter l'utilisateur vers la réalisation du problème et vers la décision de changement (Rousselet, 2017).

Toujours selon Rousselet (2017), des exercices structurés sont fréquemment utilisés par les cliniciens utilisant ce modèle d'intervention. Les cliniciens utilisent le *feedback* dans le but d'aider la personne à être consciente de sa consommation et à mieux connaître les conséquences tant positives que négatives qui y sont associées. Ces exercices ont pour but de semer le doute et favorisent la réflexion et la prise de décision éclairée. L'EM est majoritairement utilisé comme introduction à un autre traitement dans le but de favoriser l'engagement ou celui-ci est jumelé à un autre modèle de traitement ou l'EM peut être utilisé comme traitement unique (Rousselet, 2017). Lorsque l'EM est utilisé en début de traitement, ce modèle d'intervention favoriserait la rétention en suivi qui, ensuite, est associée à une meilleure efficacité (Denton, 2014). Des auteurs concluent que l'EM est plus efficace que l'absence de traitement ou qu'un placebo (Tremblay et Simoneau, 2010). Enfin, l'EM utilisé par un médecin serait plus efficace pour réduire la consommation que les conseils traditionnels qu'il peut donner (Denton, 2014 ; Frost *et al.*, 2018 ; Gaume *et al.*, 2021 ; Self *et al.*, 2022 ; Tremblay et Simoneau, 2010).

Dans le cadre de l'EM, il est tout à fait possible d'utiliser le modèle de Prochaska et Diclemente (Rossignol, 2001 ; Rousselet, 2017). En effet, ce modèle suggère que la motivation peut varier selon le stade auquel l'individu est rendu. Les techniques de l'EM peuvent être utilisées par le clinicien afin que celui-ci augmente sa motivation et pour le faire progresser vers un prochain stade. Tout comme dans l'EM, le modèle transthéorique de Prochaska et Diclemente propose diverses stratégies d'intervention adaptées au stade de changement où se trouve l'utilisateur. Ces stratégies sont de semer le doute, de discuter des avantages et des désavantages de l'arrêt de la consommation et de la poursuite, d'accompagner la personne dans ses actions liées à son rétablissement et de soutenir l'utilisateur dans le maintien de ses acquis (Rossignol, 2001). Pour que l'application du modèle soit efficace, le clinicien doit faire preuve d'empathie face à l'utilisateur, être en

mesure de repérer les contradictions dans son discours et de renforcer son sentiment d'auto-efficacité personnelle, trois stratégies qui sont des principes reliés à l'EM (Rousselet, 2017).

Objectif de l'essai

Cet essai vise à documenter l'efficacité de l'EM et ses ingrédients de succès auprès d'une clientèle d'adultes émergents et d'adultes présentant un TUS.

Méthode

Recherche documentaire

Le processus de recension des écrits a été réalisé à l'aide d'une recherche documentaire débutée en mai 2023. Le tout avait pour but de recenser les articles pertinents selon le sujet de l'essai. Quatre bases de données ont été consultées : PsychInfo, Cairn.Info, Érudit et Academic Search Complete. Dans chacune de celles-ci, plusieurs mots-clés ont été utilisés, en français et en anglais, pour former l'équation de recherche tels que : adultes, jeunes adultes, abus de substances, entretien motivationnel et efficacité.

Une équation a finalement été élaborée pour effectuer la recherche dans les bases de données sélectionnées : Adult* OR "adult* emergent" OR "emerging adulthood" **AND** Addiction OR "drug abuse" OR "substance addiction" **AND** Motivational OR "motivational enhancement therapy" OR "MET" **AND** "Efficiency OR effectiveness OR efficacy OR efficac* ; Adult* OU "jeunes adult* " OU "adult* émergent*" ET "trouble de l'usage de substance" OU dépendance OU addiction OU toxicomanie ET Efficacité.

Critères de sélection des articles

L'entretien motivationnel est un modèle d'intervention populaire depuis plusieurs années, et il est utilisé auprès d'une large population. Alors, certains critères d'inclusion ont été sélectionnés afin de se rapprocher le plus possible du sujet de la présente recherche au sujet de l'efficacité de l'EM chez les adultes émergents et les adultes présentant un TUS.

Les critères d'inclusion déterminés au moment de la recherche documentaire sont les suivants :

- Documents de type article scientifique, méta-analyse, revue systématique, thèse ou mémoire universitaire publiés entre 2003 et 2023;
- Population ciblée de jeunes adultes âgées de 18 et 35 ans et d'adultes;
- Articles provenant de pays occidentaux (Canada, États-Unis, Suisse, etc.);

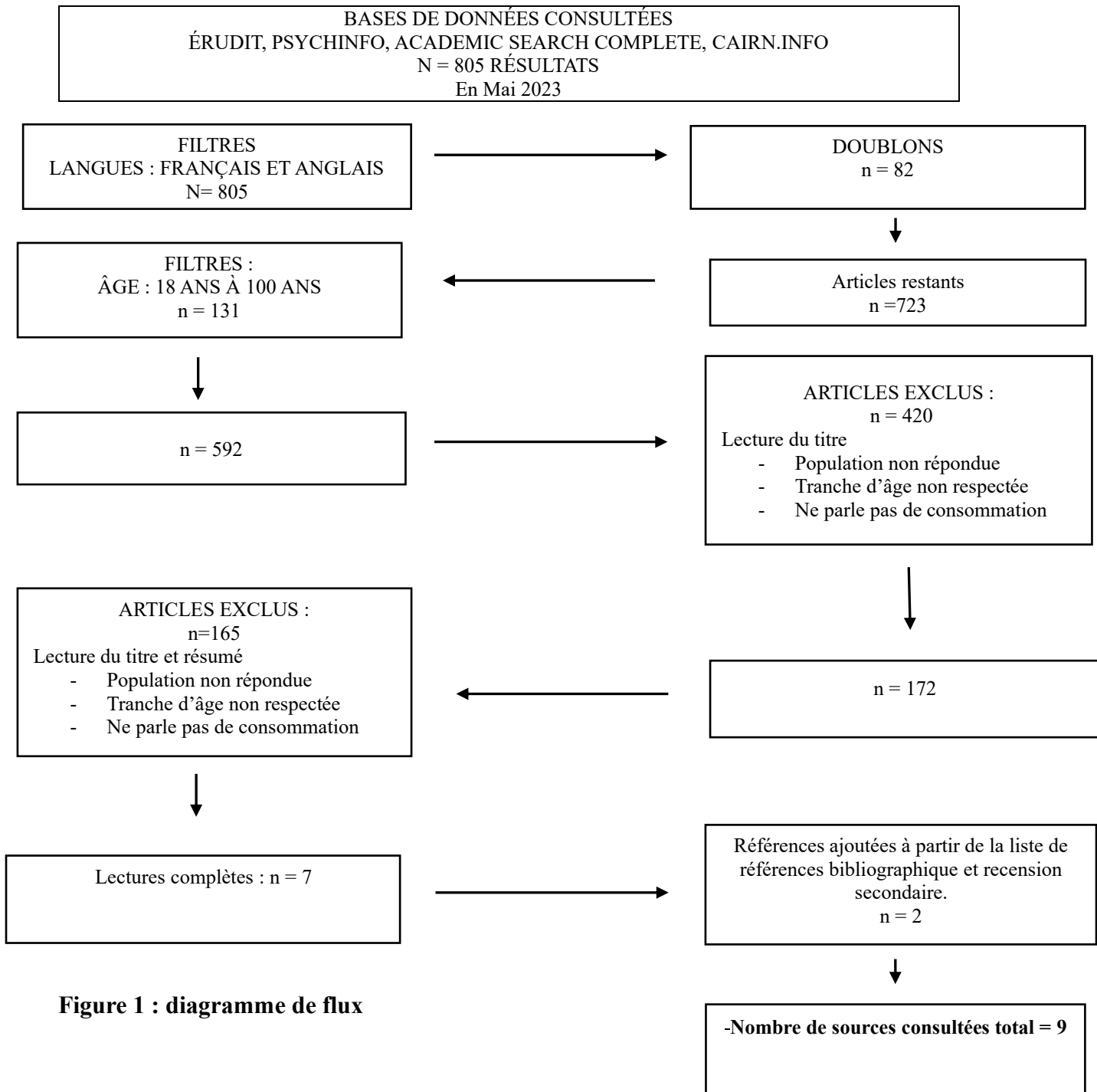
- Articles rédigés en français ou en anglais;
- Articles disponibles en ligne ou sur le site de la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

Résultats du processus de recension des écrits

Mentionnons d'abord qu'il a été nécessaire d'élargir les recherches au niveau des adultes en général afin d'obtenir plus d'éléments permettant de répondre à la question de recherche. Comme montré dans le diagramme de flux (figure 1), 805 articles au total ont d'abord été recensés dans les bases de données avec l'équation de recherche. Par la suite, 82 articles ont été exclus, car ils s'avéraient être des doublons. Ensuite, 131 ont été exclus, car la population n'était pas en lien avec le sujet de recherche (ex. personne n'ayant pas de TUS). Il restait alors 592 articles. De ce nombre, parmi l'ensemble des bases de données, 420 articles ont été exclus sur la base de leur titre, car les critères suivants ne correspondaient pas : la population, la tranche d'âge et le sujet de la consommation. Par la suite, 172 articles ont été sélectionnés afin de lire les résumés. À la suite de la lecture de ces résumés, sept documents ont été retenus afin de lire l'entièreté du texte ou de l'article. Enfin, à partir des références bibliographiques de ces documents et d'une deuxième recension des écrits plus ciblée, deux références supplémentaires ont été ajoutées afin d'avoir des sources pertinentes pour la réalisation de cet essai.

Finalement, il s'agit de neuf documents qui ont été consultés afin de répondre à la question de recherche de cet essai. La majorité des documents consultés sont des articles scientifiques (Baker *et al.*, 2012 ; Carpenter *et al.*, 2012 ; Frost *et al.*, 2018 ; Gaume *et al.*, 2021 ; Kelleher *et al.*, 2021 ; Riper *et al.*, 2014 ; Schouten *et al.*, 2021 ; Tremblay et Simoneau, 2010). Ces articles parlent de l'EM et de son efficacité. Il s'agit d'études quantitatives expérimentales avec des groupes contrôles et des groupes expérimentaux. La population cible est des adultes émergents âgés entre 18 et 35 ans, la clientèle adulte ainsi que des professionnels utilisant le modèle d'intervention de l'EM dans leur pratique. L'étude de Frost et ses collaborateurs (2018) est une méta-analyse dont la population cible est les adultes émergents et adultes et l'étude de Denton (2014) est une thèse de doctorat où la population est des femmes enceintes âgées de 18 ans et plus étant en

traitement pour abus de substances. Parmi les neuf études recensées, trois sont centrées sur les adultes émergents (Gaume *et al.*, 2021 ; Kelleher *et al.*, 2021 ; Schouten *et al.*, 202). Une seule porte sur l'expérience des cliniciens avec l'EM (Carpenter *et al.*, 2012). Ces études ont été menées dans différents pays tels qu'aux États-Unis (Denton *et al.*, 2014 ; Kelleher *et al.*, 2021), aux Pays-Bas (Riper *et al.*, 2014 ; Schouten *et al.*, 2021) et au Canada (Tremblay et Simoneau, 2010).



Résultats

À travers les neuf articles recensés, l'efficacité de l'EM a été établie. Ce modèle d'intervention s'avère être efficace auprès de la clientèle d'adultes émergents et d'adultes. Son efficacité est reconnue dans divers pays. L'EM est efficace pour le traitement de diverses substances telles que l'alcool, le cannabis, les opioïdes et plusieurs autres SPA. Par ailleurs, la période d'application, l'expérience et la formation des cliniciens sur l'EM ainsi que l'utilisation de certains outils sont des ingrédients de succès de l'EM. Ces aspects seront présentés plus en détail ci-dessous.

Effacité de l'entretien motivationnel

En 1997, une organisation internationale a été créée soit « The Motivational Interviewing Network of Trainer (MINT) ». Cette organisation a pour but d'augmenter la qualité et l'efficacité des consultations chez les cliniciens qui utilisent l'entretien motivationnel. Cette organisation s'est formée dans 35 pays et en 26 langues, ce qui montre également la popularité de ce modèle d'intervention (Frost *et al.*, 2018).

L'EM est un modèle d'intervention qui est reconnu comme étant efficace (Gaume *et al.*, 2021 ; Tremblay et Simoneau, 2010). Lorsqu'il est question de l'usage d'alcool, les résultats indiquent que les interventions brèves comme l'EM sont parmi les stratégies les plus efficaces et également reconnues comme étant les plus efficaces parmi les approches centrées sur la personne (Denton, 2014 ; Gaume *et al.*, 2021). En effet, les résultats d'une méta-analyse récente indiquent que l'EM a permis la réduction de la consommation d'alcool chez des adultes âgés de dix-neuf à trente ans (Gaume *et al.*, 2021). Il est à noter que l'EM est aussi efficace pour favoriser l'activité physique chez les individus et pour d'autres problèmes de santé (Denton, 2014 ; Frost *et al.*, 2018 ; Gaume *et al.*, 2021).

Substances

Selon les études menées par Gaume et ses collaborateurs (2021), les techniques d'intervention basées sur l'EM permettent la réduction de la consommation d'alcool chez les jeunes adultes âgés de 19 et 30 ans. Selon Frost et collaborateurs (2018), l'EM est efficace afin de réduire la consommation de cannabis chez les adultes émergents. Ceux-ci

ne spécifient pas l'âge de ces adultes émergents. Les drogues telles que les opioïdes, cannabis, hallucinogènes et d'autres drogues non spécifiquement identifiées connaissent une réduction de la consommation lorsque le modèle d'intervention de l'EM est appliqué (Schouten *et al.*, 2021). Les conséquences reliées à la consommation diminuent également trois à six mois après le début du traitement de l'EM (Schouten *et al.*, 2021). L'EM est également utilisé auprès des adultes émergents consommant des opioïdes. Elle a été jugée efficace pour réduire la fréquence de consommation et la quantité de drogues consommée. Les cliniciens considèrent qu'elle est simple à utiliser auprès des jeunes en contexte d'itinérance et qu'elle leur permet de prioriser leurs objectifs de vie, de se trouver un logement et un emploi (Frost *et al.*, 2018 ; Kelleher *et al.*, 2021). Ces résultats mènent à la conclusion que l'EM est efficace dans le traitement de plusieurs SPA. Il est donc intéressant pour les cliniciens d'utiliser ce modèle d'intervention, car ils peuvent l'utiliser peu importe la substance consommée par l'utilisateur.

Clientèle cible

Selon Frost et ses collaborateurs (2018), l'EM est efficace pour réduire la consommation de SPA auprès des adultes ayant un problème de santé mentale. Toujours selon les résultats des études de Frost et ses collaborateurs (2018), les résultats positifs sont significatifs quant à l'efficacité de l'EM auprès d'une clientèle âgée de 25 ans et moins pour la réduction de consommation d'alcool en termes de fréquence et de quantité. Selon les études menées par Tremblay et Simoneau (2010), il y a des bénéfices à utiliser l'EM auprès d'une clientèle ayant des troubles mentaux sévères. Ces bénéfices ne sont pas clairement nommés dans l'étude. Cependant, il est identifié qu'un minimum de trois rencontres avec l'esprit de l'EM doivent être effectuées afin d'observer les avantages. L'EM est également reconnu comme étant un modèle plus facile à utiliser pour intervenir auprès d'une clientèle plus marginalisée, c'est-à-dire qui n'a pas de domicile fixe comparativement aux autres traitements traditionnels (Schouten *et al.*, 2021).

Ingrédients qui rendent l'entretien motivationnel efficace

Période idéale d'application

Selon Schouten et ses collaborateurs (2021), afin que l'EM ait des résultats positifs auprès de la clientèle, la durée du traitement doit être entre quatre à six mois. L'EM est en majorité utilisé en début de traitement dans le but de favoriser l'implication et la participation de l'utilisateur au traitement. Frost et ses collaborateurs (2018) mentionnent quant à eux que l'EM serait efficace également lorsqu'il est appliqué sur une période d'au moins 12 semaines afin de favoriser l'adhérence au traitement de l'utilisateur. Dans un contexte de traitement pour la consommation d'alcool, lorsque l'EM est utilisé dans un traitement à court terme (moins de quatre mois), il aurait un effet bénéfique sur les résultats liés à la fréquence et au volume de consommation (Frost *et al.*, 2018). Ces constats permettent de conclure que l'EM est en effet un modèle d'intervention efficace, mais que celui-ci est majoritairement utilisé en début de traitement dans le but d'accroître la participation de l'utilisateur à son suivi.

Modalité d'intervention

Il est reconnu que les adultes émergents sont souvent réticents à demander de l'aide et qu'ils préfèrent résoudre leurs difficultés par eux-mêmes plutôt que d'être stigmatisés par l'étiquette de consommateurs (Schouten *et al.*, 2021). L'étude de Schouten et ses collaborateurs (2021) rapporte que la majorité des adultes émergents avaient utilisé l'aide numérique pour des difficultés psychosociales autre que le TUS. Ceux-ci décrivaient leur expérience comme positive. Une piste intéressante a été explorée par certains auteurs, soit les outils numériques basés sur l'entretien motivationnel et également sur l'approche cognitivo-comportementale (Schouten *et al.*, 2021). L'outil numérique utilisé dans l'étude de Schouten et ses collaborateurs (2021) est le *Beating the Booze* (BtB). Celui-ci a été développé pour les adultes émergents ayant un trouble dépressif ainsi qu'un trouble de l'usage de l'alcool. Il s'agit d'une application web accessible par Internet, par cellulaire et par ordinateur. Elle inclut six modules basés à la fois sur l'EM et sur l'approche cognitivo-comportementale. Les modules ont différents thèmes tels que de noter les désavantages de la consommation d'alcool actuelle et les avantages à apporter des changements ainsi que des outils pour décliner les offres de

consommation dans les contextes sociaux. La stratégie d'entretien motivationnel utilisée n'est pas clairement identifiée dans chaque module. Cependant, il est possible de penser que les techniques propres à l'EM telles que de se centrer sur le discours de changement et de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle sont mis de l'avant. L'aide numérique s'avère efficace (Schouten *et al.*, 2021). Les résultats de l'étude indiquent que les symptômes dépressifs avaient diminué trois mois après le début du programme et que la consommation d'alcool avait diminué six mois après. Les résultats de cette étude peuvent laisser croire que l'ère numérique peut être mise de l'avant en intervention spécialement avec une clientèle d'adultes émergents. Ceux-ci passent beaucoup de temps sur les outils technologiques tels que l'ordinateur ou les cellulaires. De plus, cette modalité d'intervention leur permet de conserver un anonymat, car ils n'ont pas à se présenter dans un CRD et risquer de croiser d'autres personnes qu'ils peuvent connaître ou d'être identifiés par les cliniciens.

Par ailleurs, les résultats de Schouten et ses collaborateurs (2021) indiquent que l'EM est particulièrement efficace pour réduire la consommation d'alcool et les symptômes dépressifs lorsque le professionnel est en mesure d'intervenir en personne avec l'utilisateur et lorsque ce modèle est combiné aux techniques de l'approche cognitivo-comportementale (Baker *et al.*, 2014 ; Riper *et al.*, 2014 ; Schouten *et al.*, 2021). Il est mentionné ci-dessus que l'intervention en ligne peut être intéressante, toutefois, ces résultats peuvent indiquer que pour les utilisateurs qui le désirent, l'intervention en personne est plus efficace que celle en ligne.

Aptitudes du professionnel

Les aptitudes du professionnel sont des caractéristiques déterminantes afin que l'EM soit efficace auprès de la clientèle (Gaume *et al.*, 2021 ; Tremblay et Simoneau, 2010). Ces auteurs révèlent que de démontrer de l'empathie et de l'acceptation face à l'utilisateur augmente l'efficacité de l'EM. Tremblay et Simoneau (2010) ajoutent que le clinicien doit avoir l'esprit de l'EM afin que ce dernier soit déployé de la façon la plus efficace possible. Gaume et ses collaborateurs (2021) spécifient que les adultes émergents seraient plus réceptifs à l'EM, car il inclut l'acceptation, exclut les confrontations, les

argumentations, ne donne pas de lectures à faire en devoir et n'impose pas d'ultimatum (Gaume *et al.*, 2021). Cette affirmation n'est pas spécifique aux adultes émergents. En effet, l'EM est défini comme un modèle d'intervention, centré sur le client et dans lequel le clinicien s'adapte au rythme de l'utilisateur (Frost *et al.*, 2018). Finalement, le savoir-être du professionnel est un élément central afin que l'EM puisse être efficace.

Enfin, les thérapeutes ayant plus d'années d'expérience auraient également plus de facilité à appliquer ce modèle d'intervention et réussissaient à créer une alliance thérapeutique significative avec l'utilisateur (Carpenter *et al.* 2012).

La formation des professionnels

Un autre ingrédient de succès de l'EM serait d'offrir des programmes de formation qui offrent de la supervision après la formation, assurant ainsi une rigueur pour le développement de la pratique (Carpenter *et al.*, 2012). Tremblay et Simoneau (2010) ont tiré la même conclusion dans leurs recherches. Les compétences des professionnels à mettre en pratique cette approche sont indispensables. Il est mentionné que les formations intégrant des ateliers, des périodes d'observation et des activités de supervision favorisent l'intégration de ce modèle. Le tout est encore plus efficace si ces concepts sont appliqués sur une longue période de temps.

L'EM comparé à d'autres traitements

Selon les études recensées par Frost et ses collaborateurs (2018), l'EM est considéré comme un modèle d'intervention efficace pour traiter les drogues (substances autres que l'alcool) lorsque celui-ci est comparé à l'absence de traitement ou d'intervention. Cependant, il n'y a pas de résultat significatif permettant de conclure que l'EM est plus efficace que d'autre modèle d'intervention, approche ou programme d'intervention (Frost *et al.*, 2018). Tremblay et Simoneau (2010) arrivent à la même conclusion à la suite de leurs recherches. L'EM peut être efficace pour réduire la consommation de SPA, mais n'est toutefois pas reconnu comme étant un modèle supérieur à d'autres traitements connus.

Discussion

Cet essai avait pour objectif de connaître l'efficacité de l'EM auprès des adultes émergents ayant un TUS, ainsi que d'identifier les ingrédients de succès de ce modèle d'intervention. Bien que le TUS est présent chez beaucoup d'adultes émergents, ils sont sous-représentés dans les services des CRD. La motivation semble être un enjeu important pour cette clientèle afin de se présenter dans les services et d'y perdurer (Le Corff, 2014 ; Frost *et al.*, 2017 ; Tremblay et Simoneau, 2010). Pour faire face à cet enjeu, les cliniciens peuvent utiliser le modèle d'intervention de l'EM. Ce dernier est efficace pour traiter les personnes qui ont un trouble d'utilisation de certaines substances (Denton, 2014 ; Gaume *et al.*, 2021 ; Kelleher *et al.*, 2021 ; Tremblay et Simoneau, 2010) et son efficacité est démontrée dans certaines conditions qui seront rappelées dans cette discussion.

La consommation de SPA est banalisée chez les adultes émergents (Centre québécois de lutte aux dépendances, 2011 ; Le Corff, 2014). En effet, peu d'entre eux reconnaissent avoir un problème de consommation ou plusieurs ne reconnaissent pas les conséquences qui y sont liées. La consommation d'alcool et d'autres substances est considérée comme étant normale, et ce, même en grande quantité. Cela peut faire sens lorsqu'on pense à certains moments liés précisément à cette période, par exemple, l'entrée au cégep et la vie universitaire, le départ du milieu familial, l'intégration du marché du travail ou le fait de vivre une relation amoureuse plus sérieuse. Ils vivent donc de nombreux changements ou transitions (Arnett, 2000 ; Veilleux et Molgat, 2010). Dans ce contexte, le changement de leurs habitudes de consommation peut ne pas être une priorité pour eux, ce qui pourrait expliquer pourquoi ils se présentent moins dans les services de traitement et pour quelles raisons ils ne persistent pas dans le traitement. Ainsi, il est possible que les adultes émergents qui font une demande de traitement dans un CRD ne soient pas ceux qui consomment uniquement par plaisir, mais soient plutôt de ceux qui peuvent utiliser la consommation notamment comme automédication face aux

difficultés vécues (Le Corff, 2014). Mais, une fois en traitement, ils ont aussi de la difficulté à persister dans celui-ci (Le Corff, 2014).

Pour faire face à ces enjeux de motivation, le modèle d'intervention de l'EM semble pouvoir augmenter la motivation au changement des adultes émergents et des adultes et les aider à diminuer leur trouble d'utilisation de certaines substances (Denton, 2014 ; *Frost et al.*, 2018 ; *Gaume et al.*, 2021 ; Tremblay et Simoneau, 2010).

En premier lieu, l'efficacité de l'EM a été montrée, et ce pour plusieurs substances. Ce constat est intéressant pour les cliniciens, car ils peuvent l'utiliser auprès de leur clientèle pour pratiquement toutes SPA connues telles que l'alcool, le cannabis, les hallucinogènes ou les opioïdes.

L'EM serait plus efficace lorsqu'il est utilisé dans un traitement à court terme (environ quatre mois), la fréquence et le volume de consommation diminuant dans des traitements d'une telle durée (*Frost et al.*, 2014). Ce constat fait sens puisque l'EM est un modèle d'intervention qui fait partie des interventions brèves visant l'ambivalence et qui tente d'augmenter la motivation au changement (Rossignol, 2001). Il est donc judicieux d'utiliser l'EM en début de traitement.

La consommation problématique de SPA peut être liée à des troubles concomitants liés à la santé mentale (*Frost et al.*, 2018). Frost et ses collaborateurs ont identifié que l'EM est un modèle d'intervention efficace pour traiter à la fois le TUS ainsi que les troubles de santé mentale.

Pour que l'EM soit efficace, d'autres ingrédients de succès doivent être utilisés. D'abord, mentionnons que selon Rousselet (2017), il faut absolument utiliser ces stratégies dans le cadre de l'EM : l'empathie, repérer les contradictions, éviter l'affrontement, ne pas forcer la résistance de l'utilisateur, renforcer le sentiment de liberté de choix, renforcer le sentiment d'efficacité personnelle, poser des questions ouvertes et résumer les propos de l'utilisateur.

Par ailleurs, la formation sur le modèle d'intervention qu'est l'EM est un des ingrédients de succès de ce dernier (Carpenter *et al.*, 2012). Comme tout modèle d'intervention, il est important que les cliniciens puissent recevoir de la formation afin d'être en mesure de bien appliquer les principes auprès de la clientèle. Puisqu'il a été mentionné que les adultes émergents avaient de la difficulté à se présenter dans les services (Le Corff, 2014 ; Schouten, 2021), il s'avère particulièrement important que les cliniciens soient bien formés pour les accueillir et leur offrir le meilleur service possible.

De plus, Carpenter et ses collègues (2012) mentionnent que les cliniciens ayant plus d'expérience ont plus de facilité à appliquer le modèle d'intervention de l'EM et à créer une alliance thérapeutique significative avec l'utilisateur. En effet, plus un clinicien a de l'expérience, plus ce dernier se sent à l'aise dans son intervention et il est plus facile pour celui-ci d'appliquer les principes rattachés au modèle d'intervention. Il est possible de penser que les cliniciens ayant de la formation sur l'EM et ayant de l'expérience en intervention auraient plus de facilité à intervenir auprès des adultes émergents.

La sous-représentation des adultes émergents dans les services a également été expliquée par le fait que ceux-ci craignent d'être identifiés comme consommateurs et d'être stigmatisés (Schouten *et al.*, 2021). Dans le but de leur offrir un service adapté à cette réalité, Schouten et ses collaborateurs (2021) ont développé un outil numérique. Cet outil *BtB* se base sur l'EM et sur l'approche cognitivo-comportementale et son efficacité a été démontrée avec des adultes émergents. Il est possible que cet outil soit efficace avec eux, car ils font partie d'une génération qui est très à l'aise avec l'ère numérique. Les adultes émergents utilisent Internet et les appareils électroniques de façon accrue (Schouten *et al.*, 2021). Vu ce constat, l'utilisation du *BtB* ou le développement d'autres outils numériques basés sur l'EM s'avèrerait particulièrement utile pour cette population.

Forces et limites de l'essai

Cet essai comprend certaines forces et limites. En premier lieu, cet essai est le fruit d'une recension des écrits basée sur plusieurs articles dont seulement neuf répondent

spécifiquement à la question de recherche. La recherche aurait pu être beaucoup plus exhaustive, en intégrant des études d'autres pays que le Canada, les États-Unis et l'Australie par exemple. Donc, les résultats de cet essai sont pertinents, toutefois, ils sont limités. Lorsque la question de recherche a été choisie, il était attendu de recenser davantage d'écrits portant sur l'efficacité de l'EM auprès des adultes émergents. C'était déjà un défi de trouver des études portant sur l'efficacité de l'EM, ajouter une clientèle spécifique à la recherche documentaire a constitué un défi supplémentaire de taille. C'est pour cette raison que la clientèle adulte a été ajoutée aux recherches.

Les recherches ont été concentrées sur l'efficacité de l'EM, alors les résultats vont dans ce sens. Toutefois, peu d'auteurs québécois appuient le postulat de l'efficacité de l'EM (Tremblay et Simoneau, 2010). Cela représente une certaine limite, car il est possible de penser que les populations ayant participé aux études recensées n'ont pas la même réalité que les Québécois. Par exemple, les services offerts pour le traitement peuvent être différents.

De plus, l'efficacité de l'EM n'est pas comparée à l'efficacité d'autres approches dans les écrits recensés. Il pourrait être intéressant de comparer l'efficacité d'autres approches thérapeutiques au modèle d'intervention de l'EM quant au traitement du TUS ou celle des différentes combinaisons possibles avec d'autres approches comme l'approche cognitivo-comportementale. Il serait pertinent pour un clinicien de pouvoir avoir recours à une diversité d'approches et outils montrés efficaces pour accompagner les usagers dans l'atteinte de leurs objectifs quant à leur consommation de SPA et parfois d'autres difficultés vécues. Par exemple, l'EM combiné à l'approche cognitivo-comportementale, lorsqu'elles sont offertes en personne, sont efficaces pour réduire la consommation d'alcool et les symptômes dépressifs (Baker *et al.*, 2014 ; Riper *et al.*, 2014 ; Schouten *et al.*, 2021).

Par ailleurs, le fait que l'EM est un modèle qui a été créé il y a plus de 40 ans peut représenter pour certains un modèle qui n'est plus valide aujourd'hui. Toutefois,

différents auteurs concluent à l'efficacité et l'utilité de ce modèle, et ce, encore aujourd'hui (Gaume *et al.*, 2021 ; Frost *et al.*, 2018).

Recommandations

À la suite de la réalisation de cet essai, trois recommandations apparaissent importantes.

D'abord, une recommandation pour la recherche serait d'évaluer l'efficacité de l'EM auprès d'une population québécoise d'adultes émergents. Il serait aussi intéressant d'évaluer l'efficacité de l'EM dans un contexte de traitement du TUS où il y a de la concomitance avec une autre problématique de santé mentale (p.ex. anxiété).

Étant donné que les adultes émergents sont sous-représentés dans les services offerts en dépendance (Le Corff, 2014). Il serait intéressant de documenter les stratégies d'intervention à privilégier auprès de cette clientèle. Par exemple, en utilisant le *outreach* (Denoncourt *et al.*, 2000). Plus précisément, il serait pertinent que les cliniciens se présentent dans les établissements scolaires tels que les cégeps et les universités. Ils pourraient également se présenter dans les milieux de travail des adultes émergents afin de faire de la détection et, si nécessaire, référer vers les services de traitement en dépendance. Lorsque les adultes émergents se présentent dans les services, il serait pertinent d'être sensible à leur réalité et de conserver en mémoire que leur persistance dans le suivi est fragile.

Le déploiement d'outils numériques comme le *BtB* pour l'intervention s'avère pertinent, spécialement avec les adultes émergents ayant un TUS puisque ceux-ci craignent d'être jugés négativement quant à leur consommation. De cette façon, ils peuvent recevoir un traitement sans être étiquetés comme utilisateurs de services en dépendance et vivre la possible stigmatisation qui s'y rattache (Schouten *et al.*, 2021). Ce même type d'outil pourrait être développé au Québec. Il serait également possible d'offrir aux adultes émergents un suivi en virtuel. Avec la pandémie, des services en ligne ou via

la plateforme *Teams* sont de plus en plus populaires et mis en pratique. Au Québec, l'application Canna-coach existe déjà pour les jeunes de 14 à 25 ans (Institut universitaire sur les dépendances, 2023). Cette application permet à ces jeunes de se renseigner sur leur consommation de cannabis et de se fixer des objectifs s'ils souhaitent y apporter des changements.

Conclusion

Cet essai aura permis de conclure que l'EM est bel et bien un modèle d'intervention efficace dans le traitement du TUS tant au niveau de l'alcool que d'autres drogues comme le cannabis, les hallucinogènes ou les opioïdes (Frost *et al.*, 2018 ; Gaume *et al.*, 2021 ; Tremblay et Simoneau, 2010 ; Schouten *et al.*, 2021). Il est tout à fait pertinent pour les cliniciens pratiquant dans les services en dépendance d'utiliser ce modèle d'intervention. De plus, cet essai a permis de faire valoir l'efficacité de ce modèle d'intervention auprès d'une clientèle qui est sous-représentée dans les services offerts, c'est-à-dire les adultes émergents. Certains ingrédients sont centraux pour garantir l'efficacité de l'EM tels que la période d'application du modèle. En effet, l'EM est utilisé majoritairement en début de traitement afin de favoriser l'adhésion et la participation de l'utilisateur au traitement (Frost *et al.*, 2018 ; Schouten *et al.*, 2021). L'expérience et la formation du clinicien qui applique l'EM est un ingrédient qui garantit le succès de l'EM auprès de la clientèle (Carpenter *et al.*, 2012 ; Gaume *et al.*, 2021 ; Tremblay et Simoneau, 2010). L'utilisation d'outils technologiques peut être un élément de succès auprès des adultes émergents qui consomment des SPA. Les cliniciens pourraient utiliser cette modalité d'intervention tout en y intégrant des principes de l'EM (Schouten *et al.*, 2021). Il faut rappeler qu'en effet, l'EM a été reconnu comme un modèle d'intervention efficace comparativement à l'absence de traitement. Cependant, l'EM n'est pas supérieur à d'autre modèle d'intervention ou approche clinique (Frost *et al.*, 2018).

Plus tôt, il était discuté que la consommation de SPA par les adultes émergents pouvait être utilisée comme automédication (Le Corff, 2014). En psychoéducation, la consommation dans des cas comme celui-ci pourrait être vue dans le potentiel d'adaptation (PAD) de l'adulte émergent (Pronovost *et al.*, 2018). Ce dernier pourrait utiliser la consommation comme stratégie d'adaptation face aux difficultés vécues. Il est possible que lors des moments de transition tels que l'entrée au cégep, à l'université ou

l'intégration du marché du travail, l'adulte émergent vive une période de stress. Il pourrait donc utiliser la consommation comme automédication pour diminuer ce stress.

De plus, bien que certains peuvent utiliser les SPA comme automédication, il est important de rappeler que ce n'est pas tous les adultes émergents qui développeront un TUS. Les psychoéducateurs ne sont pas médecins donc ils ne peuvent pas poser de diagnostic. Toutefois, avec l'évaluation psychoéducative, il serait possible pour le psychoéducateur d'évaluer les conséquences de cette consommation et de voir si celle-ci représente un risque important pour la personne. À la suite de cette évaluation, en utilisant l'outil DÉBA A/D (Tremblay *et al.*, 2000), par exemple, le psychoéducateur pourrait utiliser un modèle d'intervention adapté pour l'utilisateur. Dans le cas actuel, le modèle d'intervention de l'EM pourrait être appliqué.

Pour terminer, il est intéressant de mettre en lumière le lien entre les techniques de l'EM et le savoir-être (schèmes relationnels) du psychoéducateur. Ces techniques peuvent être utiles pour mettre de l'avant des concepts qui sont propres à la profession de la psychoéducation (Hovington *et al.*, 2020). En effet, les techniques de l'EM telles que l'empathie, rouler avec les résistances, éviter l'affrontement et renforcer le sentiment d'efficacité personnelle (Rousselet, 2017) sont des techniques qui sont liées à la psychoéducation. En effet, l'empathie se retrouve dans les techniques de l'EM et également dans un des schèmes relationnels du psychoéducateur (Hovington *et al.*, 2020). Ces schèmes ont un impact dans la relation thérapeutique qu'aura le clinicien avec l'utilisateur qu'il accompagne. Le schème de la considération consiste à croire que l'individu a toutes les capacités pour effectuer un changement. Cela est étroitement lié au fait de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle tiré de l'EM (Rousselet, 2017). De plus, Carpenter et ses collègues (2012) ont identifié que la supervision et la formation continue étaient des ingrédients clés quant à l'efficacité de l'EM. Ces ingrédients permettent au clinicien d'appliquer plus aisément le modèle d'intervention auprès des usagers. Cela peut référer au schème de la sécurité en psychoéducation qui demande que le clinicien ait confiance en ses expériences professionnelles pour appliquer des stratégies efficaces auprès de la clientèle. Finalement, ces exemples démontrent bien que les ingrédients de

succès de l'EM sont liés aux compétences développées en psychoéducation (Carpenter *et al.*, 2012 ; Hovington *et al.*, 2020 ; Rousselet, 2017).

Références

- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Arnett, J.J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 235-254. https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1177/002204260503500202open_in_new
- Arnett, J.J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for? *Child Development Perspectives*, 1(2), 68-73.
- Baker A.L, Thornton L.K, Hiles S, Hides L. et Lubman D.I. (2012). Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: a systematic review. *Journal of affective disorder*, 139(3), 217–29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.004>.
- Ball, S.A., Carroll, K.M., Canning-Ball, M. et Rounsaville, B.J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*, 31(2), 320-330. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.013>
- Berriche-Harzallah. (2014). *Stratégie de changement de comportement financier du consommateur : Les apports d'un modèle transthéorique orienté approche-évitement* [Thèse de doctorat inédite]. Université de Lille 1.
- Brière F.N., Rohde, P., Seeley, J.R., Klein, D., et Lewinsohn, P.M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3):526–33. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.10.007>
- Cameron Wild, T., Cunningham, J. A. et Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: a self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31(10), 1858-1872. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.01.002>
- Carpenter, K. M., Cheng, W. Y., Smith, J. L., Brooks, A. C., Amrhein, P. C., Morgan-Wain, R. et Nunes, E. V. (2012). Old Dogs and new skills : How clinician characteristics relate to motivational interviewing skills before, during, and after training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 560-673. DOI: 10.1037/a0028362

- Centre québécois de lutte aux dépendances. (2011). Portrait de l'environnement au Québec en matière de consommation et abus d'alcool et de drogues. https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/11/portrait-quebec-consommation-abus-alcool-drogues_nov-2011.pdf
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2017). *Entrevue motivationnelle*. https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Motivational-Interviewing-Summary-2017-fr_0.pdf
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2022). Sommaire canadien sur la drogue. https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-11/CCSA-Canadian-Drug-Summary--Opioids-2022_fr.pdf
- Chauchard, E., Stepfons, A. et Chabrol, H. (2013). Motivations et stratégies lors d'arrêt spontané de la consommation de cannabis : quel impact sur les rechutes ? *L'encéphale*, 39(6), 385-392. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.03.008>
- Cox, W. M., Heinemann, A. W., Miranti, S. V., Schmidt, M., Klinger, E. et Blount, J. (2003). Outcomes of systematic motivational counseling for substance use following traumatic brain injury. *Journal of Addictive Disease*, 22(1), 93-110. https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1300/J069v22n01_07
- Crits-Christoph, P., Gallop, R., Temes, C. M., Woody, G., Ball, S. A., Martino, S. et Carroll, K. M. (2009). The alliance in motivational enhancement therapy and counseling as usual for substance use problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1125-1135. DOI 10.137/a0017045
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. (1ère édition). Springer New York.
- Denoncourt, H., Desilets, M., Plante, M-C., Lapante, J. et Choquet, M. (2000). La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 179-194. <https://doi.org/10.7202/014458ar>
- Denton, L. K. (2014). *Encouraging health behaviors among pregnant substance users in treatment: Does motivational enhancement therapy promote readiness to change?* [Doctorat]. Indiana University.
- Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R. E., Dombrowski, S. U., Williams, B., Cheyne, H., Coles, E et Pollock, A. (2018). Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behavior change in health and social care settings: A systematic reviews of reviews. *PLOS ONE*, 13(10), 1-39. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890>

- Gaume, J., Grazioli, V. S., Paroz, S., Fortini, C., Bertholet, N., et Daepfen, J-B. (2021). Developing a brief motivational intervention for young adults admitted with alcohol intoxication in the emergency department – Results from an iterative qualitative desing. *PLOS ONE*, 16(2), 1-23. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246652>
- Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. 2022. *Enquête québécoise sur le cannabis 2021*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-cannabis-2022-consommation-perceptions.pdf>
- Gouvernement du Québec. 2016. *Portrait de la consommation d'alcool au Québec de 2000 à 2015*. <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>
- Hatt, L. (2022). *La crise des opioïdes au Canada* (Publication n°2021-23F). Bibliothèque du parlement. <https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/HillStudies/PDF/2021-23-F.pdf>
- Hovington, S., Dufour, S. & Bédard, D. (2020). Former au savoir-être en psychoéducation : récit critique de la mise à l'essai d'une innovation pédagogique en stage. *Revue de psychoéducation*, 49(2), 305–320. <https://doi.org/10.7202/1073998ar>
- Institut de la statistique du Québec. (2018). La consommation de drogues : faits saillants de l'Enquête québécoise sur la santé de la population en Mauricie et Centre-du-Québec. https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3576023?docref=Ex55FKLeEJK_YdEhBUyLNYQ
- Institut universitaire sur les dépendances. (2023, 15 mai). *Canna-Coach*. <https://iud.quebec/fr/amelioration-des-pratiques/outils-et-guides/canna-coach>
- Kelleher, K. J., Famelia, R., Yilmazer., T., Mallory, A., Ford, J., Chavez, L., & Slesnick, N. (2021). Prevention of opiod use disorder: the HOME (housing, opportunities, motivation and engagement) feasibility study. *Harm Reduction Journal*, 18(112), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00560-x>
- Le Corff, C. (2014). *La clientèle adulte émergente consultant en Centre de réadaptation en dépendance : impact de la motivation initiale sur l'abandon du traitement*. [Mémoire de maîtrise]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Miller, W. R. (1983). Motivational Interviewing with problem drinkers. *Behvioural Psychotherapy*. 11(2), 147-172.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2018). *L'évaluation psychoéducation de la personne en difficulté d'adaptation : Lignes directrices*. https://ordrepesd.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Evaluation_psychoeducative_2014.pdf

- Ouimet, M. C., Averill, F., et Brown, T. G. (2014). L'efficacité de l'entretien motivationnel dans la prévention secondaire et tertiaire de la conduite avec les capacités affaiblies par l'alcool : une revue systématique de la documentation. *Drogues, santé et société*, 13(2), 84-108. <https://doi.org/10.7202/1032274ar>
- Poliquin, H., Bertrand, K et Perreault, M. (2021). Drogues et santé : perspectives de personnes qui consomment par injection à Montréal. *Drogues, santé et société*, 19(1-2), 38-65. <https://doi.org/10.7202/1085168ar>
- Riper, H., Andersson, G., Hunter, S. B., De Wit, J., Berking, M., Cuijpers, P. (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. *Addiction*, 109(3),394–406. <https://doi.org/10.1111/add.12441>.
- Rossignol, V. (2001). L'entrevue motivationnelle : un guide de formation. https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/CA_L%E2%80%99entrevue-motivationale-un-guide-de-formation-2001.pdf
- Rousselet, A. V. (2017). *Les précis*. Lavoisier.
- Ryan, R. M., Plant, R. W. et O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*. 20(3), 279-297. [10.1016/0306-4603\(94\)00072-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)00072-7)
- Satre, D. D., Leibowitz, A., A. Sterling, S., Lu, Y., Travis, A et Weisner, C. (2016). A Randomized Clinical Trial of Motivational Interviewing to Reduce Alcohol and Drug Use Among Patients With Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(7), 571-579. DOI: 10.1037/ccp0000096
- Self, J. K., Borsari, B., Ladd, B. O., Nicolas, G., Gibson, C. J., Jackson, K., et K. Manuel, J. K. (2022). Cultural Adaptation of Motivational Interviewing: A Systematic Review. *American Psychosocial Association*, 20(S1), 7-18. DOI:10.1037/ser0000619
- Schouten, M., Dekker, J., Bruijn, T., Ebert, D., Koomen, L., Kosterman, S., Ripper, H., Schaub, M., Goudriaan, A., & Blanker, M. (2021). Effectiveness of a digital alcohol moderation intervention as an add-on to depression treatment for young adults: study protocol of a multicenter pragmatic randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 21(265), 1-16, <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03222-1>
- Simoneau, H. et Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviors*, 28(7), 1219-1241. [10.1016/s0306-4603\(02\)00257-5](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(02)00257-5)

- Simoneau, H., Bergeron, J., Brochu, S., et Landry, M. (2004). Validation d'un questionnaire de motivation au traitement des toxicomanies. *Drogues, santé et société*, 3(1), 38-56. <https://doi.org/10.7202/010518ar>
- Tessier, S. et Noël, L. (2018). La consommation de cannabis au Québec et au Canada : portrait et évolution. *Drogues, santé et société*, 16(1), 103-116. <https://doi.org/10.7202/1044310ar>
- Tremblay, J., Rouillard, P. et Sirois, M. (2000). *Dépistage/Évaluation du besoin d'aide - alcool/drogues*. https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/portail/docs/GSC4242/F101807907_Fiche_DEB_A_AD_08.pdf
- Tremblay, J. et Simoneau, H. (2010). Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives. *Drogues, santé, société*, 9(1), 165-210. <https://doi.org/10.7202/044872ar>
- Veilleux, C et Molgat, M. (2010). Que signifie être jeune adulte aujourd'hui ? Les points de vue de jeunes adultes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale. *Reflets*, 16(1), 152-179. <https://doi.org/10.7202/044446ar>
- Watson, J. M., Fayter, D., Mdege, N., Stirk, L., Sowden, A. J., et Godfrey, C. (2013). Interventions for alcohol and drug problems in outpatients settings: A systematic review. *Drug and alcohol review*, 32(4), 356-367. <https://doi.org/10.1111/dar.12037>
- Zeldman, A. et Ryan, R. M. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 675-696. https://selfdeterminationtheory.org/wp-content/uploads/2014/04/2004_ZeldmanRyanFiscella.pdf