UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

QUELLES INTERVENTIONS SE RÉVÈLENT LES PLUS EFFICACES POUR RÉDUIRE LES SYMPTÔMES ET LES CONSÉQUENCES LIÉS À LA COMORBIDITÉ ENTRE L'USAGE DE SUBSTANCES ET L'ANXIÉTÉ CHEZ LES ADULTES ?

ESSAI PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA

MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR

SANDRINE LARIVÉ

AOÛT 2026

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

MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Chantal Plourde

Prénom et nom — directeur de recherche

Jury d'évaluation :

Chantal Plourde

Prénom et nom — directeur de recherche

Julie Marcotte

Prénom et nom — Fonction du membre de jury

Résumé

Le système de santé canadien est au cœur d'une crise croissante en matière de troubles de santé mentale et d'usage de substances psychoactives (SPA). Des millions de personnes sont touchées et les conséquences sur leur fonctionnement quotidien, leur qualité de vie et leur santé globale sont nombreuses (Association canadienne de santé publique, 2026). Par ailleurs, la comorbidité entre les troubles anxieux et la consommation de substances est largement documentée dans la littérature (Wyman et Castle, 2006). La forte prévalence de cette double problématique préoccupe depuis plusieurs années les acteurs du système de santé canadien, ceux-ci ne se sentant pas suffisamment outillés pour intervenir adéquatement auprès des individus qui présentent ce profil (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002). Différentes interventions, approches et programmes sont décrits et évalués dans la littérature afin de dégager des recommandations pour améliorer la prise en charge de cette clientèle. Le présent essai vise à documenter les interventions se révélant les plus efficaces pour réduire les symptômes et les conséquences liés à la comorbidité entre l'usage de substances et l'anxiété chez les adultes. Douze études en lien avec ce sujet ont été recensées. Celles-ci mettent en lumière différentes approches d'intervention prometteuses, notamment la thérapie cognitivo-comportementale, l'entretien motivationnel, leur combinaison et les traitements intégrés. Les principaux résultats démontrent l'efficacité de l'approche cognitivo-comportementale, tant pour l'anxiété que pour l'usage de SPA. L'approche intégrée est également de plus en plus reconnue, tant dans la littérature que dans la pratique clinique, mais présente certains défis, notamment la nécessité de posséder plusieurs expertises au sein d'une même équipe. Les résultats observés, les limites des études, l'apport de la psychoéducation ainsi que les recommandations pour de futures recherches seront également abordés dans le cadre de cet essai.

Table des matières

Résumé iii

Remerciements vi

Introduction 1

Définitions et prévalences 1

Définition du trouble lié à l'usage de substances 1

Prévalence liée à l'usage de substances 2

Définition de l'anxiété 3

Prévalence de l'anxiété 4

Comorbidité entre les troubles anxieux et dépressifs 5

Étiologies de la consommation et de l'anxiété 5

Étiologie de la consommation 5

Déterminants biologiques 5

Déterminants psychologiques 6

Déterminants sociaux et environnementaux 6

Étiologie de l'anxiété 7

Déterminants biologiques 7

Déterminants psychologiques 7

Déterminants sociaux et environnementaux 7

La double problématique combinant anxiété et consommation de substances 8

Modèles explicatifs de la double problématique 8

Les principales interventions en lien avec la double problématique 9

Thérapie cognitivo-comportementale 10

L'entretien motivationnel 10
Le traitement intégré 11
Objectifs de l'essai 12
Méthode 13
Stratégie de repérage des écrits 13
Critères de sélection 15
Résultats 18
Description des études incluses 18
Efficacité des approches et des interventions 20
Effets cliniques sur la consommation 20
Effets cliniques sur la santé mentale 23
Perception des participants 26
Discussion 28
Implications pour la pratique psychoéducative et recommandations 33
Limites de l'essai 35
Conclusion 38
Références 39
Appendice A. Tableau résumé des articles scientifiques 46
Appendice B. Tableau des méthodes d'évaluation pré/post-traitement et des outils standardisés. 59

Remerciements

La complétion de cet essai représente la dernière étape de mon parcours universitaire. Après plusieurs années d'études; un baccalauréat en psychologie ainsi qu'un baccalauréat et une maîtrise en psychoéducation, je tiens à remercier différentes personnes qui ont marqué mon parcours.

Tout d'abord, ma famille composée de ma mère, mon frère et ma copine, qui ont été aux premières loges dès le début de mon parcours et qui ont toujours été présents pour m'encourager et me soutenir. Ensuite, mes amis, plus spécifiquement ceux que j'ai eu la chance de côtoyer à travers mon parcours en psychoéducation et sans qui les six dernières années n'auraient pas été les mêmes. Merci également à tous ceux qui ont marqué mon parcours professionnel et qui ont contribué à ma formation en tant que future psychoéducatrice; mes tutrices de stages, mes collègues et mes enseignants.

Finalement, un merci spécial à Chantal Plourde et Pascale Alarie-Vézina qui ont été d'un soutien exceptionnel et sans qui la rédaction de cet essai n'aurait pas été possible. Merci de votre patience, de vos encouragements et d'avoir rendu la complétion de ce travail un peu plus agréable.

Introduction

Le Canada traverse actuellement une crise en matière de santé mentale et de dépendances, laquelle exerce une pression importante sur la santé publique à l'échelle nationale. Les prévalences des troubles mentaux et de la consommation de substances psychoactives (SPA) ont augmenté de manière significative, surtout pendant et après la pandémie de la COVID-19 (Association canadienne de santé publique, 2026). Cette situation touche des millions de personnes au Canada et engendre des conséquences importantes sur le fonctionnement quotidien, la qualité de vie et la santé globale de ceux-ci (Association canadienne de santé publique, 2026).

Les prochains paragraphes présentent la définition et la prévalence de ces troubles, leur étiologie, les modèles explicatifs proposés dans la littérature ainsi que les interventions thérapeutiques les plus efficaces et adaptées à ces problématiques.

Définitions et prévalences

Définition du trouble lié à l'usage de substances

Le trouble lié à l'usage de substances (TUS) se caractérise par une difficulté persistante à contrôler la consommation de drogues ou de médicaments. Il se manifeste également par la poursuite de la consommation malgré les conséquences négatives sur les plans psychologique, physique et social (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec [CIUSSS MCQ], 2026). Selon le DSM-5 (2013), le diagnostic de trouble lié à l'usage de SPA repose sur la présence d'une altération du fonctionnement ou d'une souffrance cliniquement significative, ainsi que d'au moins deux des 11 critères diagnostiques, présents depuis au moins 12 mois (ex. tentatives infructueuses de diminuer la consommation) (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Les SPA sont généralement classées en trois catégories : les dépresseurs (alcool, GHB, opioïdes, sédatifs, anxiolytiques, etc.) qui ralentissent le système nerveux central, les stimulants (caféine, nicotine, amphétamines, cocaïne, etc.) qui accélèrent les processus mentaux,

augmentent le niveau d'éveil et les perturbateurs (cannabis, LSD, MDMA, champignons, etc.) qui provoquent des altérations plus ou moins marquées du fonctionnement cérébral, de la perception, de l'humeur et des processus cognitifs (Plourde et Laventure, 2025; CIUSSS MCQ, 2026).

Prévalence liée à l'usage de substances

Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2025b), 79 % des Québécois ont déclaré avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours des 12 derniers mois, la proportion étant légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (81 % contre 78 %). Les principales motivations pour la consommation d'alcool seraient reliées au plaisir, à la socialisation et à la gestion des émotions (Sjödin *et al*., 2026). Bien que l'alcool s'avère la SPA la plus consommée au Québec (INSPQ, 2025b), cette prévalence ne doit pas être confondue avec une consommation problématique, d'où l'importance de distinguer l'usage de SPA d'une consommation problématique. Cette dernière se caractérise par une consommation fréquente et régulière d'alcool pouvant entrainer, à long terme, des conséquences sur la santé et sur le fonctionnement, notamment des maladies du foie, certains types de cancers, des troubles cardiovasculaires, des accidents, de la violence et des problèmes familiaux. Plus la consommation est élevée et plus elle perdure dans le temps, plus les risques augmentent (INSPQ, 2025b).

Selon les balises canadiennes, une consommation de trois à six verres standards par semaine est associée à un risque modéré pour la santé. Un niveau de risque élevé correspond à une consommation de sept verres standards ou plus par semaine (INSPQ, 2025b). Les données québécoises sont généralement rapportées avec l'indicateur référant à la consommation excessive, correspondant à cinq verres ou plus en une même occasion pour un homme et 4 verres ou plus pour une femme. Ainsi, ce serait 23,6 % de la population qui présenterait une consommation excessive (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2024).

Toujours au Québec, le cannabis représente la SPA la plus consommée après l'alcool (MSSS, 2025) avec 18 % des Québécois en ayant fait usage dans la dernière année, selon une

étude réalisée en 2024 (INSPQ, 2025a). Les principales motivations pour la consommation de cannabis étaient le plaisir (80 %), la relaxation (79 %), la socialisation (69 %), se sentir « buzzé » (49 %) et mieux dormir (45 %) (Institut de la statistique du Québec, 2025a). Une consommation problématique de cannabis se caractérise par la fréquence et la quantité d'usage entrainant des conséquences importantes pour le consommateur. Plus la consommation débute à un jeune âge et en grande quantité, plus les conséquences sont importantes, pouvant affecter notamment les fonctions cognitives et motrices, le système respiratoire, la motivation ainsi que le fonctionnement social et professionnel. 2 % de la population canadienne aurait une consommation de cannabis considérée comme étant à risque élevé de développer ces problématiques (Leos-Toro *et al*., 2017). Finalement, les hommes en consomment proportionnellement davantage que les femmes (22 % contre 14 %) (INSPQ, 2025a).

Malgré le fait que plusieurs SPA, telles que la nicotine, les opiacés et les stimulants (McHugh, 2015), puissent être associées à l'anxiété, le présent travail se concentre uniquement sur l'alcool et le cannabis. Cette association est d'ailleurs largement documentée dans la littérature (Beletsky *et al*., 2024; Tomasi *et al*., 2019). Ce lien sera abordé plus en détail dans une section ultérieure.

Définition de l'anxiété

L'anxiété est à la fois une réaction adaptative et un état émotionnel qui influence les pensées, les émotions, les comportements et les sensations physiques. Bien qu'elle soit inconfortable, l'anxiété consiste à s'adapter aux défis quotidiens en réponse à une menace perçue. Selon Barlow (2002), dont l'ouvrage est une référence en ce qui a trait à l'anxiété, cette dernière constitue une émotion orientée vers le futur, caractérisée par un sentiment d'appréhension et d'incertitude face à des évènements particulièrement menaçants. L'anxiété peut se manifester par différents symptômes physiques, tels qu'un rythme cardiaque rapide, des troubles gastro-intestinaux, des tremblements, etc. L'anxiété se caractérise par des symptômes cognitifs et psychologiques, tels que des inquiétudes excessives, des difficultés de concentration, une

anticipation négative des événements ainsi que des ruminations et une hypervigilance. (Bandelow et Michaelis, 2015; Beck et Clark, 1997; Gouvernement du Québec, 2024).

Il est, tout d'abord, primordial de décrire brièvement la différence entre les concepts de stress et d'anxiété. Le stress survient lorsque la menace est immédiate et identifiable, alors que, pour l'anxiété, la menace est anticipée, qu'elle soit réelle ou perçue (Lupien, 2019).

Toutefois, dans certaines situations, l'anxiété peut devenir problématique. Effectivement, un niveau d'anxiété trop élevé peut entrainer des réactions du système nerveux caractérisées par des réponses de lutte, de fuite ou même faire figer l'individu (*fight, freeze or flight*). Cela diminue la capacité d'une personne à affronter une situation perçue comme menaçante. L'anxiété devient problématique lorsqu'elle persiste dans le temps, même après que la menace soit disparue ou même lorsque le danger est imaginaire (Bandelow et Michaelis, 2015; Gouvernement du Québec, 2024). Elle peut également faire l'objet d'un diagnostic de trouble. Le DSM-5 (2013) comporte une section dédiée aux troubles anxieux, dont les principaux sont le trouble d'anxiété généralisée (TAG), le trouble d'anxiété sociale, le trouble panique, l'agoraphobie et la phobie spécifique (APA, 2013; Gouvernement du Québec, 2024).

Prévalence de l'anxiété

En 2024, c'est 15 % de la population québécoise qui a reçu un diagnostic de trouble anxieux (Institut de la statistique du Québec, 2025b). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à avoir reçu un tel diagnostic comparativement aux hommes (19,5 % contre 10,4 %). Ces chiffres représentent la proportion de la population québécoise ayant reçu un diagnostic de la part d'un professionnel de la santé (Institut de la statistique du Québec, 2025). Il est important de mentionner qu'une proportion de la population présente des symptômes anxieux, sans toutefois avoir de diagnostic (Institut de la statistique du Québec, 2023).

En effet, selon une étude menée en 2020-2021, 19 % de la population québécoise présente des symptômes d'anxiété légère, 7 % des symptômes d'anxiété modérée et 4,6 % des symptômes

d'anxiété sévère. Les femmes étant encore une fois proportionnellement plus nombreuses que les hommes à expérimenter des symptômes d'anxiété, et ce, peu importe le niveau de sévérité (Institut de la statistique du Québec, 2023).

Comorbidité entre les troubles anxieux et dépressifs

La comorbidité entre les troubles anxieux et dépressifs est fréquente. La présence de l'un augmente le risque de développer l'autre et est associée à une plus grande sévérité des symptômes, une hausse de la consommation de SPA et une plus faible réponse au traitement (Saha *et al*., 2020). Au Canada, une enquête menée à l'échelle nationale a montré que 50 % des personnes présentant des symptômes de TAG rapportaient aussi des symptômes dépressifs (Pelletier *et al*., 2017). Bien que le sujet du présent essai soit uniquement en lien avec l'anxiété, les résultats qui seront présentés ultérieurement sont souvent jumelés aux symptômes dépressifs.

Étiologies de la consommation et de l'anxiété

Étiologie de la consommation

Différentes approches et théories ont été développées afin d'expliquer l'étiologie des problèmes de consommation de SPA. Selon la littérature, l'étiologie de la dépendance est multifactorielle. Le modèle biopsychosocial serait d'ailleurs l'un de ceux qui expliquerait le mieux cette problématique (Skewes et González, 2013). Selon ce modèle, trois grandes catégories de déterminants augmentent le risque de développer un usage problématique de SPA, soit les déterminants biologiques, les déterminants psychologiques et les déterminants sociaux. (MacKillop et Ray, 2018).

Déterminants biologiques. Les modèles biologiques mettent en évidence le rôle significatif de la génétique dans le développement des problèmes de consommation de SPA avec une héritabilité estimée à environ 50 % (Gerring *et al*., 2024; MacKillop et Ray, 2018). Avoir des antécédents familiaux liés à l'usage de substances augmenterait donc la vulnérabilité d'un individu à développer une consommation problématique. Par ailleurs, les recherches ont démontré les effets de la consommation de SPA sur le cerveau, particulièrement au niveau du

circuit de la récompense. Effectivement, la consommation entraine une libération de dopamine qui procure du plaisir et augmente la motivation, contribuant ainsi à renforcer les comportements de consommation (MacKillop et Ray, 2018).

Déterminants psychologiques. Le conditionnement opérant est une théorie centrale pour expliquer la dépendance (Bickel *et al*., 2014). La consommation peut être renforcée positivement (plaisir, stimulation, interactions sociales) ou négativement (soulagement de l'anxiété ou des symptômes de sevrage). Par ailleurs, les modèles cognitifs soulignent le rôle des attentes et des motifs de consommation. Les attentes incluent diverses croyances sur les effets des SPA, comme le plaisir, la facilitation sociale, la réduction du stress, etc. De manière similaire, la littérature démontre que les motifs de consommation sont surtout liés à des motifs sociaux, des motifs de recherche de plaisir, de stimulation ainsi que des motifs d'adaptation (*coping*) (MacKillop et Ray, 2018).

Enfin, certains traits de personnalité, surtout l'impulsivité, qui inclut la recherche de sensations, l'agir sous l'émotion, l'orientation vers les récompenses immédiates et la difficulté d'inhibition, sont fortement associés à l'usage problématique de SPA (MacKillop et Ray, 2018).

Déterminants sociaux et environnementaux. Sur le plan social, la dépendance aux substances est influencée par le réseau social, les types d'influences interpersonnelles et les facteurs socioculturels (MacKillop et Ray, 2018). La présence de proches consommateurs peut renforcer l'usage par le modelage, la normalisation ou l'accès aux SPA (MacKillop *et al*., 2013). Puis, les normes culturelles, les politiques publiques et l'accessibilité aux services de prévention et de traitement ont également une influence sur le risque de développer cette problématique (Carroll, 2014). Par exemple, des politiques publiques comme l'âge légal pour consommer et l'établissement d'un prix minimum pour la vente d'un produit alcoolisé ont une influence sur la consommation des individus (Stockwell *et al*., 2012; Treno *et al*., 2014). Finalement, l'accessibilité à des interventions et des traitements fondés sur les données probantes, ainsi que

les coûts reliés à ceux-ci, sont également des facteurs socioculturels ayant une influence (Carroll, 2014).

Étiologie de l'anxiété

À l'instar de la littérature portant sur l'étiologie de l'usage de substances, différents modèles sont proposés afin d'expliquer l'étiologie de l'anxiété. Parmi ceux-ci, le modèle biopsychosocial se distingue à nouveau en offrant une compréhension circulaire et intégrée des différents déterminants qui interagissent entre eux pour influencer la santé de l'individu (Jokinen et Hartshorne, 2022).

Déterminants biologiques. Sur le plan biologique, une vulnérabilité génétique augmente la probabilité de développer un trouble anxieux en influençant la sensibilité du cerveau aux signaux de stress (Newman *et al*., 2013). De plus, des différences dans la structure et le fonctionnement cérébral, notamment dans les systèmes de régulation émotionnelle et de neurotransmission, peuvent prédisposer certaines personnes à avoir des réponses anxieuses accrues (Jokinen et Hartshorne, 2022).

Déterminants psychologiques. Le modèle biopsychosocial met également de l'avant l'importance des processus mentaux dans le développement et le maintien des troubles anxieux. Les pensées, les croyances et les styles cognitifs jouent un rôle central. Par exemple, des schémas de pensée négatifs, une tendance à anticiper le pire ou des mécanismes d'évitement peuvent engendrer et intensifier l'anxiété (Jokinen et Hartshorne, 2022). De plus, certains types de comportements appris, comme l'évitement de situations stressantes ou l'hypervigilance envers les menaces perçues, renforcent les symptômes anxieux (Newman *et al.*, 2013).

Déterminants sociaux et environnementaux. Les facteurs sociaux, tels que la qualité des relations, le soutien social et les expériences de vie sont également centraux dans la compréhension des troubles anxieux (Jokinen et Hartshorne, 2022). Ceux-ci peuvent non seulement déclencher des symptômes anxieux, mais aussi les maintenir ou les amplifier sur le

long terme. D'ailleurs, l'environnement social contribue à la formation des croyances et des comportements liés à l'anxiété. Finalement, les individus ayant grandi dans un environnement familial instable et ayant vécu de la maltraitance ou de la négligence de la part de leurs donneurs de soins sont plus à risque de développer un trouble anxieux (Newman *et al*., 2013).

La double problématique combinant anxiété et consommation de substances

Il est démontré dans la littérature que l'anxiété et la consommation de substances sont significativement associées l'un avec l'autre. En effet, selon un sondage conduit aux États-Unis, environ 18 % des adultes avec un trouble d'usage de SPA auraient également au moins un trouble anxieux. À l'inverse, 15 % des individus avec un trouble anxieux auraient aussi un trouble d'usage de SPA. Sur le plan clinique, 33 % des individus désirant bénéficier d'un traitement pour un trouble d'usage de l'alcool ont aussi un trouble anxieux. Puis, parmi ceux désirant recevoir un traitement pour un trouble anxieux, 16 % ont également un TUS, généralement lié à l'alcool (Tomasi *et al*., 2019). Par ailleurs, l'association entre les troubles anxieux et l'usage de cannabis est également bien établie dans la littérature (Beletsky *et al*., 2024).

Modèles explicatifs de la double problématique

Dans une recension des modèles explicatifs, Wyman et Castle (2006) ont décrit quatre modèles afin d'expliquer l'interaction entre les problématiques de santé mentale et la consommation de SPA: le modèle des facteurs communs, le modèle du trouble d'usage de substances secondaire, le modèle de la psychopathologie secondaire et le modèle bidirectionnel. Ces auteurs se sont notamment appuyés sur les travaux de Mueser et ses collaborateurs (1998, 2003), étant une référence dans cette catégorisation en quatre modèles (Wyman et Castle, 2006).

Le modèle des facteurs communs suggère qu'un facteur partagé, comme la sensibilité à l'anxiété, favorise de manière indépendante le développement des troubles anxieux et des troubles liés à l'usage de substances (Mueser *et al*., 1998; Wyman et Castle, 2006).

Le modèle du trouble d'usage de substances secondaire, lui, propose que l'anxiété puisse contribuer au développement d'un trouble d'usage de substances. L'hypothèse de l'automédication en est un exemple. Celle-ci illustre que les effets de certaines SPA peuvent temporairement diminuer les symptômes psychiatriques ou les émotions difficiles. Cela peut renforcer l'attrait vers la consommation, mais à long terme, favoriser l'apparition d'un TUS (Mueser *et al*., 1998; Wyman et Castle, 2006). Selon une étude, 55 à 89 % des consommateurs de cannabis rapportent que l'apparition de leurs symptômes anxieux a précédé le début de leur consommation, appuyant ainsi la théorie de l'automédication (Beletsky *et al*., 2024).

À l'inverse, selon le modèle de la psychopathologie secondaire, c'est le trouble d'usage de substances qui mène au développement de troubles anxieux. Par exemple, la consommation répétée de certaines SPA peut perturber les systèmes neurobiologiques impliqués dans la régulation du stress et des émotions, ce qui augmente la vulnérabilité à développer des troubles anxieux (Mueser *et al*., 1998; Wyman et Castle, 2006).

Finalement, le modèle bidirectionnel propose que les troubles anxieux et les troubles liés à l'usage de substances s'influencent mutuellement, contribuant à leur développement et à leur maintien. Par exemple, une personne souffrant de phobie sociale peut consommer de l'alcool pour réduire son anxiété, mais les conséquences prolongées de cette consommation peuvent accentuer l'anxiété et renforcer la dépendance (Mueser *et al*., 1998; Wyman et Castle, 2006).

Les principales interventions en lien avec la double problématique

Dès le début des années 2000, le système de santé canadien accorde une attention croissante à la forte prévalence des troubles concomitants impliquant à la fois des problèmes de santé mentale et l'usage de substances (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002).

Les acteurs du réseau ont alors exprimé un besoin croissant de soutien et d'accès à une plus grande variété d'interventions efficaces et mieux adaptées aux particularités de cette comorbidité (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002; Hakobyan *et al*., 2020). Cette

préoccupation repose, notamment, sur des constats que les personnes présentant cette comorbidité répondraient généralement moins bien aux traitements (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002; Hakobyan *et al*., 2020). Différentes approches dont l'efficacité est démontrée sont proposées dans la littérature.

Thérapie cognitivo-comportementale. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est reconnue comme étant le traitement le plus efficace pour les troubles anxieux (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002; Lecomte et Lefebvre, 2022). Elle est d'ailleurs aussi largement reconnue comme efficace pour le traitement du trouble de l'usage de substances (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002). La TCC vise à modifier les pensées, à développer de nouvelles habiletés et à transformer les réponses émotionnelles inadaptées (Lecomte et Lefebvre, 2022). Cette approche favorise non seulement la diminution des symptômes anxieux, mais également ceux des troubles concomitants, tels que les troubles de l'humeur ainsi que de l'usage de SPA (Lecomte et Lefebvre, 2022).

Effectivement, la TCC permet aux individus de prendre conscience des processus cognitifs derrière la consommation (conséquences négatives versus bénéfices perçus). Cela permet entre autres de diminuer les risques de rechutes ainsi que d'élargir l'éventail de stratégies d'adaptation positives auxquelles la personne a recours (Villeneuve-Côté et Ngô, 2024).

L'entretien motivationnel. L'entretien motivationnel (EM) peut être utilisé seul ou en complément d'autres interventions, notamment la TCC (Schwenker *et al*., 2023). Dans le traitement de l'anxiété, l'EM est souvent associé à la TCC, car les résultats de cette dernière peuvent être limités lorsque les patients sont ambivalents, lorsqu'ils résistent à des techniques exigeantes, comme l'exposition ou lorsqu'ils s'engagent peu dans le traitement (Randall et McNeil, 2017). L'EM aide alors à renforcer la motivation, à réduire la résistance et à favoriser une participation active (Randall et McNeil, 2017).

En ce qui concerne le traitement de l'usage problématique de SPA, l'efficacité de l'entretien motivationnel (EM) est largement reconnue dans la littérature. Initialement conçu pour favoriser l'abstinence à l'alcool, il a ensuite été adapté à d'autres substances. Lorsqu'il est utilisé seul, l'EM est généralement une intervention brève, servant souvent de première étape pour motiver le changement chez le patient (Lenz *et al*, 2016).

Pour les patients présentant une double problématique, l'EM s'avère particulièrement prometteur, car les individus ayant une anxiété élevée peuvent utiliser les substances pour gérer leurs symptômes, ce qui réduit leur motivation au changement. Les résultats les plus optimaux sont obtenus lorsque l'EM est combiné à la TCC, puisqu'il renforce la motivation au changement comportemental (Buckner, 2024).

Le traitement intégré. La littérature suggère généralement qu'en présence d'une double problématique, traiter un seul des deux troubles (anxiété ou usage de SPA) n'entraîne pas systématiquement l'amélioration de l'autre (McHugh, 2015). Ainsi, il serait préférable de traiter les deux simultanément (McHugh, 2015). Ceci fait référence à l'approche du traitement intégré dans lequel les traitements en santé mentale et en dépendance sont offerts de manière conjointe par les mêmes intervenants ou par la même équipe traitante. Cela permet d'assurer aux patients une compréhension cohérente et uniforme de leurs troubles et de leurs difficultés (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002).

Les approches intégrées, qui combinent le traitement des deux problématiques, semblent offrir certains avantages par rapport aux traitements parallèles, notamment en termes de résultats et d'adhésion. Le traitement intégré consiste à la prise en charge de manière simultanée des troubles concomitants, et ce, par la même équipe de traitement possédant l'expertise nécessaire pour chacune des problématiques (McHugh, 2015).

L'association entre les troubles anxieux et la consommation de SPA étant bien reconnue dans la littérature, ainsi que la complexité d'intervenir auprès de cette clientèle, il apparait donc

important de s'intéresser aux interventions étant les plus efficaces en lien avec cette problématique.

Objectifs de l'essai

Le présent essai vise à identifier les interventions les plus prometteuses pour réduire les symptômes et les conséquences associés à la comorbidité entre l'usage de substances et l'anxiété chez les adultes. Cette recension des écrits met en lumière les forces et les limites de chacune de ces interventions afin d'éclairer les pratiques cliniques et d'orienter les choix d'intervention auprès de cette population.

Méthode

Une recension des écrits a été effectuée afin de rendre compte des recherches récentes portant sur l'efficacité clinique des interventions les plus efficaces pour réduire les symptômes et les conséquences associés à la comorbidité entre l'usage problématique de SPA et l'anxiété chez les adultes.

Stratégie de repérage des écrits

Une recherche documentaire a été effectuée le 3 septembre 2024. Les bases de données consultées sont les suivantes : « APA PsycInfo », « Medline », « Psychology and behavioral Sciences Collection », « ERIC », « CINAHL Complete » et « Érudit ». De plus, des mots clés ont été ciblés en fonction des trois concepts suivants : (1) Anxiété; (2) Consommation et (3) Prévention/Intervention (voir Tableau 1). Afin de s'assurer de la pertinence des articles relativement à la question de recherche, l'opérateur booléen « AND » a été utilisé pour lier les concepts identifiés ci-haut. Dans le même ordre d'idée, lors de la recherche documentaire, les filtres suivants ont été appliqués : « adultes, « langue (français et anglais) » et « Academic journal » ainsi que « peer reviewed ».

Pour l'ensemble des bases de données consultées, les résultats ont été importés dans le logiciel de gestion des références bibliographiques « Endnote ». Les doublons ont ensuite été éliminés, puis les articles ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence, conformément aux critères d'inclusion et d'exclusion établis.

Tableau 1

Mots-clés et concepts utilisés dans les bases de données

Anxiété	Consommation	Prévention/Intervention
Mots-clés français :	**Mots-clés français :**	**Mots-clés français :**
Anxiété OU Anxiété sociale OU Trouble anxieux OU Trouble d'anxiété sociale OU Phobie sociale	Trouble d'usage d'alcool OU Trouble d'usage de substances OU Abus de substances OU Usage de drogues OU Addiction* OU Dépendance OU Consommation de cannabis ou alcool * OU Automédication OR Self medication	Réduction des méfaits OU Réduction des risques OU Prévention OU Intervention OR Programme
Mots-clés anglais :	**Mots-clés anglais :**	**Mots-clés anglais :**
Anxiety OR Social anxiety OR Anxiety disorders OR Social anxiety disorder OR Social phobia	Alcohol use disorder OR Alcohol* OR Substance use disorder OR Substance abuse OR Drug use OR Addiction* OR dependency OR Cannabis use OR Self-medicat*	Harm reduction OR Harm minimization OR Prevention OR Intervention OR Program

Critères de sélection

Afin de mieux orienter la recherche, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été identifiés : la population étudiée, la langue, les sujets abordés ainsi que le devis. En ce sens, les études étaient incluses si :

- La population cible présentait des symptômes associés à l'anxiété et à un usage problématique de substances, plus spécifiquement pour la consommation d'alcool et de cannabis;
- Elles évaluaient l'efficacité d'une intervention ou un programme en lien avec la réduction de la consommation (alcool ou cannabis) et/ou de l'anxiété;
- Elles étaient menées en Occident afin de pouvoir appliquer les résultats à la population canadienne;
- Elles étaient rédigées en français ou en anglais;
- Elles étaient des revues académiques révisées par les pairs avec le texte intégral disponible en ligne via le site de la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières;
- Elles étaient publiées entre 2019 et 2024.

Les études étaient exclues si :

- La population cible était des enfants, des adolescents ou des personnes âgées;
- Elles évaluaient une intervention essentiellement pharmacologique;
- Elles portaient sur le contexte spécifique de la COVID-19;
- Elles étudiaient uniquement une clientèle en lien avec le Trouble de stress post-traumatique;
- Elles étaient des études pilotes évaluant uniquement la faisabilité ou l'acceptabilité;
- Elles étaient publiées avant 2019.

Un total de 15 272 articles sont issus de la recherche initiale dans les bases de données. Suite à l'application des filtres pour l'âge, la langue et le type de publication un total de 6 724 articles a été retenu. Puis, en procédant à l'exclusion des doublons ce sont 4 569 articles qui demeuraient. L'exclusion des articles écrits en 2018 et moins donnait un total de 1 855 articles restants. Ensuite, pour ces derniers, un premier tri a été effectué à partir des titres et des résumés des articles laissant un total de 22 articles restants. Par la suite, une lecture approfondie des articles a permis de vérifier le respect

des critères d'inclusion et d'exclusion. De cette lecture, ce sont 12 articles qui ont finalement été retenus et qui ont été sélectionnés pour le présent travail (voir Figure 1).

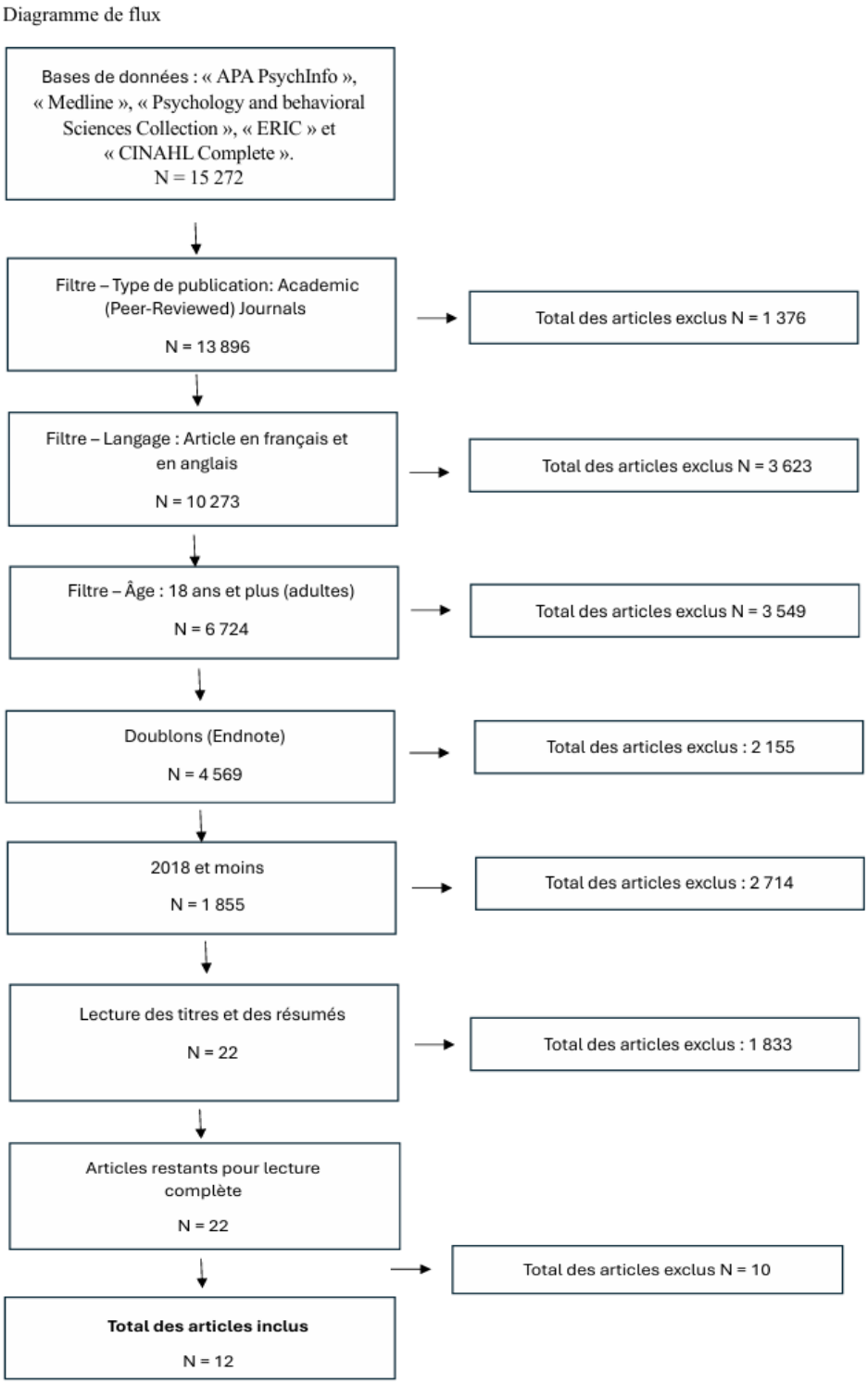
Finalement, une lecture approfondie de ces derniers articles retenus a été effectuée afin d'extraire les informations pertinentes ainsi que les principaux résultats en lien avec les interventions se révélant les plus efficaces pour réduire les symptômes et les conséquences liés à la comorbidité entre l'usage de substances et l'anxiété chez les adultes. Dans le cadre du présent travail, l'analyse s'est concentrée sur les manifestations de l'anxiété. Ainsi, les études retenues ne concernent pas exclusivement des populations ayant un diagnostic établi de trouble de santé mentale, mais incluent également des participants présentant des symptômes d'anxiété identifiés à l'aide d'instruments de mesure validés.

Bien que les critères d'inclusions prévoyaient la sélection d'études à partir de 2019, deux articles publiés en 2018 ont été retenus (Chilton *et al*., 2018; Sloan *et al.*, 2018) en raison de leur pertinence avec la question de recherche. L'étude de Sloan et ses collaborateurs (2018), incluait également un participant ayant eu 17 ans durant l'étude, contrevenant ainsi au critère excluant les enfants et les adolescents. Les autres participants de l'étude avaient, pour leur part, plus de 18 ans.

L'étude de Chilton et ses collaborateurs (2018) a été conservée puisqu'elle évalue les effets d'un programme psychoéducatif de groupe et puisqu'elle apportait des données pertinentes en lien avec le traitement intégré, lesquels constituent des éléments centraux des recommandations actuelles pour le traitement de la comorbidité entre usage de substances et troubles anxieux. Puis, aucune autre étude recensée portait spécifiquement sur les interventions psychoéducatives, ce qui justifie son inclusion malgré son année de publication. L'étude de Sloan et ses collaborateurs (2018) a également été retenue car elle évalue une intervention axée sur la régulation émotionnelle, un mécanisme qui n'était pas abordé dans les autres études recensées. L'étude apporte ainsi une perspective complémentaire aux autres interventions recensées dans le présent essai.

Figure 1

Diagramme de Flux



Résultats

Description des études incluses

L'objectif initial du présent essai est de répertorier les interventions visant à prévenir le recours à l'usage de substances (SPA) comme stratégie de gestion de l'anxiété chez les adultes âgés de 18 ans et plus. Toutefois, le nombre limité d'études portant spécifiquement sur cette problématique a conduit à orienter l'analyse vers des résultats mettant davantage l'accent sur les interventions destinées au traitement de la comorbidité entre les troubles de santé mentale et les troubles liés à l'usage de substances.

Ainsi, 12 articles scientifiques rédigés en anglais portant sur des interventions prometteuses auprès d'adultes présentant une double problématique combinant anxiété et usage problématique de substances ont été inclus. Parmi ceux-ci, neuf utilisent un devis quantitatif et trois utilisent un devis mixte (qualitatif et quantitatif). Six études ont été menées aux États-Unis (N=6), deux au Royaume-Uni (N=2), deux en Australie (N=2), une au Canada (N=1) ainsi qu'une en Suède (N=1). Les échantillons des études incluses sont mixtes (hommes et femmes) et de tailles variables (8 à 162 participants). Pour l'ensemble des études, les participants sont des adultes de 18 ans et plus, à l'exception de celle de Sloan et ses collaborateurs (2018) qui cible les jeunes de 16 à 20 ans. Toutefois, parmi les participants recrutés, un seul a eu 17 ans durant l'étude et les autres avaient 18 ans ou plus.

Sept articles évaluent les effets cliniques de programmes ou d'interventions à la fois sur la consommation et sur la santé mentale (Akeman *et al*., 2022; Buckner *et al*., 2020; Chilton *et al*., 2018; Hallgren *et al*., 2021; Murphy *et al*., 2024; Trick *et al*., 2023; Wolitzky-Taylor *et al*., 2022). Deux articles portent uniquement sur les effets cliniques liés à la consommation (Blevins *et al*., 2021; Buckner *et al*., 2021), tandis que deux autres évaluent seulement les effets sur la santé mentale (Montague et Fairholm, 2020; Viskovich et Pakenham, 2020). Un article évalue à la fois les effets sur la santé mentale et sur la régulation émotionnelle (Sloan *et al*., 2018).

Concernant plus spécifiquement la santé mentale, sept articles évaluent les effets cliniques à la fois sur les symptômes anxieux et dépressifs (Akeman *et al*., 2022; Chilton *et al*., 2018; Montague et Fairholm, 2020; Murphy *et al*., 2024; Sloan *et al*., 2018; Trick *et al*., 2023; Viskovich et Pakenham, 2020). Enfin, trois articles évaluent uniquement la variable d'anxiété (Buckner *et al*., 2020; Hallgren *et al*., 2021; Wolitzky-Taylor *et al*., 2022). L'Appendice A présente les différentes études incluses, leurs principales caractéristiques et leurs principaux résultats.

L'Appendice B présente les différents instruments et outils utilisés pour mesurer la présence des symptômes liés à la consommation de substances ainsi que les manifestations d'un trouble de santé mentale (anxiété ou dépression) pré et post-traitement.

Trois articles évaluent spécifiquement des programmes fondés sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (Buckner *et al*., 2020; Sloan *et al*., 2018; Viskovich et Pakenham, 2020). Ils abordent des composantes de la TCC, telles que la pleine conscience, la restructuration cognitive et les composantes de l'ACT en lien avec les effets sur la consommation ainsi que sur la santé mentale. Un article évalue une intervention dérivée de la TCC, soit la « Amplification of Positivity Therapy », laquelle met l'accent sur l'augmentation des émotions positives plutôt que seulement la réduction des pensées négatives ou des symptômes (Akeman *et al*., 2022). Deux études explorent les bénéfices d'une intervention combinant la TCC et l'entretien motivationnel (EM) (Blevins *et al*., 2021; Trick *et al*., 2023). Une étude explore les effets d'une intervention motivationnelle brève sur les symptômes anxieux et les comportements liés à la consommation (Murphy *et al*., 2024). Une étude évalue les bénéfices de l'activité physique chez les individus ayant des symptômes anxieux et dépressifs avec une consommation d'alcool élevée en comorbidité (Hallgren *et al*., 2021). Une étude évalue également l'efficacité de l'approche basée sur les 12 étapes (modèle Minnesota) en lien avec le traitement des symptômes anxieux et dépressifs (Montague et Fairholm, 2020). Trois études évaluent les bénéfices d'un traitement intégré dans l'intervention en toxicomanie ainsi que pour les symptômes anxieux et/ou dépressifs (Buckner *et al*., 2021; Chilton *et al*., 2018; Wolitzky-Taylor *et al*., 2022).

Quatre articles sur 12 emploient une modalité de traitement individuelle (Akeman *et al*., 2022; Buckner *et al*., 2020; Buckner *et al*., 2021; Hallgren *et al*., 2021). Trois études évaluent également l'efficacité d'offrir un traitement individuel en ajoutant une modalité technologique (notification sur le téléphone, message motivateur, inscription de l'émotion vécue en temps réel dans une application, etc.) (Blevins *et al*., 2021; Murphy *et al*., 2024; Viskovich et Pakenham, 2020). Trois articles emploient une modalité d'intervention combinant à la fois des modalités individuelles et de groupe (Montague et Fairholm, 2020; Sloan *et al*., 2018; Wolitzky-Taylor *et al*., 2022). Enfin, deux études emploient exclusivement une modalité d'intervention de groupe (Chilton *et al*., 2018; Trick *et al*., 2023).

Efficacité des approches et des interventions

Effets cliniques sur la consommation

Deux études recensées convergent vers le constat que les interventions fondées sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) entraînent des effets bénéfiques sur les comportements liés à la consommation de SPA (Akeman *et al*., 2022; Buckner *et al*., 2020). En lien avec cela, les deux études rapportent une diminution significative de la consommation moyenne d'alcool et de cannabis ainsi que du nombre de jours de consommation. Elles rapportent également une diminution du recours à la consommation comme stratégie de gestion des émotions (Akeman *et al*., 2022; Buckner *et al*., 2020). Ces deux études rapportent également une réduction significative des fortes envies de consommer (*cravings*) suggérant un impact favorable de la TCC tant sur la consommation que sur les processus motivationnels sous-jacents (Akeman *et al*., 2022; Buckner *et al*., 2020).

Selon Buckner et ses collaborateurs (2020), les effets des interventions basées sur la TCC semblent varier en fonction des caractéristiques des participants. En effet, dans l'étude conduite par ces auteurs, les bénéfices observés sont plus marqués chez les individus présentant un niveau de consommation élevé au moment de l'implantation du programme ($b = -0.144$, $ET = 0.06$, $p = .019$), comparativement à ceux dont la consommation initiale était plus faible ($b = 0.08$, $ET = 0.05$, $p = .169$).

Dans cette même perspective, Buckner et ses collaborateurs (2020) soulignent également que les interventions fondées sur la pleine conscience représentent une approche bénéfique pour réduire la consommation chez les individus présentant une consommation d'alcool élevée. Plus précisément, ces interventions permettent une diminution du taux d'alcool détecté dans le sang (R^2 = 0,39, F(5, 34) = 4,38, p = 0,004). Enfin, les effets positifs observés se sont maintenus jusqu'au suivi réalisé un mois après la fin du traitement.

Par ailleurs, des résultats similaires sont observés pour les interventions basées sur l'entretien motivationnel (EM). En cohérence avec les études portant sur la TCC, l'étude de Murphy et ses collaborateurs (2024) met en évidence une réduction des problèmes liés à la consommation de cannabis (faible motivation, difficultés de concentration et impact sur l'alimentation) ainsi qu'une diminution des envies de consommer jusqu'à un mois après le traitement. Contrairement aux interventions cognitivo-comportementales structurées sur plusieurs semaines, cette étude évalue une intervention motivationnelle brève (BMI), combinée soit à une session d'activité sans consommation (*Substance-Free Activity Session*; SFAS), soit à une séance de relaxation (*relaxation training*; RT). La SFAS consiste en la participation à des activités académiques, communautaires ou récréatives orientées vers des objectifs, tandis que la RT correspond à une séance structurée visant l'apprentissage de techniques de relaxation (Murphy *et al*., 2024). Tant la condition combinant BMI + RT que la condition combinant BMI + SFAS sont associées à une réduction des problèmes liés à la consommation de cannabis ainsi qu'à une réduction des envies de consommer. Plus précisément, les résultats montrent que les participants du groupe contrôle présentent une réduction moyenne de 1,4 problèmes liés au cannabis au suivi d'un mois, comparativement à des diminutions de 8,6 pour le groupe BMI + SFAS et de 7,5 pour le groupe BMI + RT. Toutefois, les résultats ne seraient plus significatifs à la mesure post-traitement de six mois (Murphy *et al*., 2024).

Si la TCC et l'EM employés séparément démontrent des résultats positifs pour réduire les enjeux liés à la consommation, la combinaison des deux approches a également démontré des effets bénéfiques (Blevins *et al*., 2021; Trick *et al*., 2023). Ceci est d'ailleurs le cas du

programme « CHOICE » (*Choosing Healthy Options in Coping with Emotions*) qui indique des résultats significatifs observés au cours de la période d'intervention, notamment une diminution du pourcentage de jours de consommation ($t = 3.27$, $p <. 01$), du pourcentage de jours où la consommation est utilisée comme stratégie de *coping* ($t = 3.09$, $p < .01$) et une diminution de la consommation problématique ($t = 3.02$, $p = .01$). Des résultats significatifs sont également observés au niveau de la réduction de la consommation dans le but de gérer l'anxiété ($t = 2.85$, $p = .02$) et afin de gérer les symptômes dépressifs ($t = 2.16$, $p = .05$). Par ailleurs, le programme a contribué à accroître la conscience des participants quant à leur consommation d'alcool (Blevins *et al*., 2021). En cohérence avec Blevins et ses collaborateurs (2021), Trick et ses collaborateurs (2023) rapportent des diminutions significatives de l'usage de cannabis, tant en termes de fréquence que de quantité, ainsi qu'une augmentation des périodes d'abstinence, suite à la participation à un programme de 12 semaines. En effet, la quantité totale de cannabis consommée a diminué significativement entre la semaine précédant le traitement ($M = 4,68$ g) et la semaine suivant le traitement ($M = 1,55$ g). De plus, le nombre de jours d'abstinence était significativement plus faible avant le traitement ($M = 2,70$) qu'après le traitement ($M = 4,93$). Ce programme combine la TCC et l'EM et vise à réduire la consommation de cannabis ainsi qu'à renforcer la motivation au changement.

Les études évaluant des interventions basées sur un traitement intégré (interventions agissant sur chacun des troubles de la double problématique simultanément) démontrent aussi des résultats significatifs (Buckner *et al*., 2021; Chilton *et al*., 2018; Wolitzky-Taylor *et al*., 2022). Effectivement, les résultats de Buckner et ses collaborateurs (2021) montrent que l'intervention *ICART* (*Integrated cannabis and anxiety reduction treatment*) contribue à diminuer les problèmes reliés à la consommation de cannabis (baisse d'énergie, difficultés dans les relations interpersonnelles, difficultés de concentration, etc.). Toutefois, ces effets sont significatifs principalement chez les individus présentant un niveau de consommation très élevé avant le début du traitement. Pour les cas moins sévères, une approche combinant EM-TCC s'avère tout aussi efficace, voire même davantage (Buckner *et al*., 2021). Les résultats des études de Chilton et ses collaborateurs (2018) ainsi que de Wolitzky-Taylor et ses collaborateurs (2022) démontrent

également l'efficacité des traitements intégrés pour les personnes présentant une comorbidité entre troubles de santé mentale et troubles liés à l'usage de substances. Toutefois, Chilton et ses collaborateurs (2018) observent que les individus consommant du cannabis et/ou de l'alcool pour s'automédicamenter présentaient moins de résultats significatifs post-traitement en raison du plus fort risque de rechute. Selon cette étude, 33 participants rapportaient une consommation d'alcool avant l'intervention, comparativement à 30 au post-traitement. De façon similaire, 25 participants consommaient du cannabis avant l'intervention, contre 24 à la mesure post-traitement.

Enfin, une étude s'est intéressée à une modalité d'intervention alternative, soit l'exercice physique (Hallgren *et al*., 2021). Contrairement aux interventions visant des changements à moyen ou à long terme, les résultats de cette étude mettent en évidence un effet à court terme de l'activité physique sur les envies intenses de consommer. Plus précisément, une brève séance de vélo stationnaire a entraîné une diminution significative des envies, effet qui s'est maintenu jusqu'à 30 minutes après l'exercice, tel que mesuré à l'aide du *Desire for alcohol questionnaire* (DAQ). Ces effets étaient particulièrement prononcés chez les individus présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool de sévérité élevée, suggérant que l'exercice pourrait constituer une stratégie complémentaire pertinente pour la gestion aiguë des envies de consommer (Hallgren *et al*., 2021).

Effets cliniques sur la santé mentale

L'ensemble des études recensées illustre que différentes interventions thérapeutiques et comportementales engendrent des effets bénéfiques sur les symptômes d'anxiété et de dépression, bien que l'ampleur et la durabilité de ces effets varient selon les modalités d'intervention et les caractéristiques des participants (Akeman *et al*., 2022; Buckner *et al*., 2020; Chilton *et al*., 2018; Hallgren *et al*., 2021; Montague et Fairholm, 2020; Murphy *et al*., 2024; Trick *et al*., 2023; Viskovich et Pakenham, 2020; Wolitzky-Taylor *et al*., 2022).

En ce qui a trait aux interventions cognitivo-comportementales, plusieurs études mettent en évidence des améliorations cliniquement significatives. À cet égard, une intervention

comportementale favorisant l'amplification de la positivité (accroître les émotions positives en renforçant les expériences positives vécues), rapporte des diminutions significatives des symptômes anxieux et dépressifs (concentration, inquiétudes, anticipations négatives, etc.), avec des tailles d'effet moyennes à larges dans l'ensemble des domaines évalués (Akeman *et al*., 2022). Les résultats indiquent notamment une amélioration significative des symptômes d'anxiété ($F[12, 67] = 4{,}79$, $p < .001$) et de dépression ($F[12, 67] = 4{,}59$, $p < .001$). Ces résultats vont dans le même sens que ceux observés par Buckner et ses collaborateurs (2020), qui démontrent également l'efficacité d'une intervention basée sur la TCC intégrant des composantes de pleine conscience. Celle-ci agit sur les mécanismes associés à l'anxiété (p. ex., la réactivité émotionnelle), contribuant à une diminution des symptômes anxieux.

Toutefois, dans cette dernière étude, la réduction significative de l'anxiété post-intervention est observée uniquement chez les participants présentant un niveau élevé de consommation au prétraitement, soulignant l'importance du profil des participants pour l'ampleur des effets (Buckner *et al*., 2020).

Dans la même lignée, Viskovich et Pakenham (2020) ont évalué un programme en ligne de quatre semaines, basé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), une approche apparentée aux modèles cognitivo-comportementaux de troisième vague. Dans le cadre de cette étude, les processus psychologiques suivants liés à l'ACT étaient mesurés : acceptation, défusion cognitive, valeurs éducatives, vie valorisée et pleine conscience. Leurs résultats montrent des améliorations significatives entre la mesure prétraitement et la mesure post-traitement en ce qui concerne l'anxiété et la dépression (Viskovich et Pakenham, 2020). Selon les données rapportées par l'étude, pour les symptômes dépressifs, 2,6 % des participants sont demeurés stables, 90,8 % se sont améliorés et 6,6 % se sont détériorés. Pour les symptômes anxieux, 10,4 % sont demeurés stables, 81,3 % se sont améliorés et 8,3 % se sont détériorés. Ces constats sont cohérents avec ceux rapportés par Sloan et ses collaborateurs (2018), qui, dans l'évaluation d'un programme d'intervention basé sur la TCC, observent une diminution significative des symptômes dépressifs

chez cinq participants sur dix et des symptômes anxieux chez six participants sur dix. Ces effets se maintiennent jusqu'à deux semaines post-traitement.

À l'inverse, les résultats associés aux interventions par l'activité physique sont plus nuancés. En effet, ceux-ci indiquent que la réduction de l'anxiété est significative uniquement jusqu'à 30 minutes après l'entraînement et seulement chez certains individus. La majorité des résultats obtenus concernant l'anxiété n'étaient pas statistiquement significatifs (Hallgren *et al*., 2021).

Par ailleurs, Montague et ses collaborateurs (2020) se sont intéressés à un modèle de traitement largement utilisé en contexte de dépendance, soit le modèle Minnesota, basé sur 12 étapes. En effet, ils évaluent l'efficacité de ce modèle en lien avec les symptômes d'anxiété et de dépression. Les résultats indiquent une diminution cliniquement significative de ces symptômes. Le score au GAD-7, mesurant les symptômes anxieux, passe d'un niveau modéré au prétraitement à un niveau faible au post-traitement. Puis, le score au PHQ-9, mesurant les symptômes dépressifs, évolue d'un niveau modérément sévère à un niveau faible.

De surcroît, les études portant sur des traitements intégrés mettent en évidence des interventions particulièrement efficaces chez les personnes présentant des troubles concomitants (Chilton *et al*., 2018; Buckner *et al*., 2021; Wolitzky-Taylor *et al*., 2022). À cet égard, l'étude de Wolitzky-Taylor et ses collaborateurs (2022) présente le développement et l'évaluation d'un traitement intégrant la prise en charge du trouble d'anxiété sociale et du trouble lié à l'usage d'alcool. Les résultats indiquent une réduction de l'indice de peur des situations sociales entre le prétraitement et chacun des temps d'évaluation ultérieurs, correspondant à une taille d'effet faible à modéré. Dans le même ordre d'idée, l'étude indique des résultats significatifs pour le maintien des acquis jusqu'à six mois post-traitement concernant la peur des situations sociales ainsi que l'évitement de celles-ci (Wolitzky-Taylor *et al*., 2022).

Ces résultats sont cohérents avec ceux rapportés par Chilton et ses collaborateurs (2018), dont l'étude sur la mise en place d'un traitement intégré met également en évidence des effets significatifs sur l'ensemble des mesures des symptômes anxieux (tension, inquiétudes, peur, etc.) et dépressifs (désespoir, perte d'intérêt et de motivation). Ces effets sont observables chez les 51 participants ayant complété le programme. Une diminution des symptômes a été observée tant pour l'anxiété que pour la dépression, ces effets ayant été mesurés par la HADS, avec des variations moyennes respectives de -1,72 (ET = 2,99) et de -1,47 (ET = 2,31).

L'étude de Murphy et ses collaborateurs (2024) montre qu'une intervention motivationnelle brève combinée à une session d'activité ou de relaxation est associée à une diminution significative de l'anxiété jusqu'à six mois post-intervention, bien qu'aucun effet significatif ne soit observé sur les symptômes dépressifs. En comparaison, Trick et ses collaborateurs (2023), qui évaluent les retombées d'un programme plus intensif et de plus longue durée, soit de 12 semaines, combinant TCC et EM auprès d'individus présentant des symptômes d'anxiété et de dépression en comorbidité avec une consommation de cannabis. Les résultats de cette étude illustrent une amélioration significative des symptômes anxieux (inquiétudes, difficulté à se détendre, agitation, etc.) et dépressifs (manque d'énergie, concentration, etc.). Comparativement à l'intervention brève étudiée par Murphy et ses collaborateurs (2024), l'intégration de l'EM à une approche TCC structurée et de plus longue durée vise une prise en charge plus globale des symptômes anxieux et dépressifs (Trick *et al*., 2023).

Perception des participants

Deux études évaluent la satisfaction des participants à la suite de la mise en place d'un programme d'intervention avec des modalités technologiques (notifications, courriels, messages motivateurs, inscription de l'émotion vécue en temps réel dans une application, rappels de stratégies de *coping*, etc.) (Blevins *et al*., 2021; Viskovich et Pakenham, 2020). Tout d'abord, les participants ayant pris part à l'étude de Viskovich et Pakenham (2020), incorporant des modalités technologiques, ont généralement une vision positive de celles-ci. Les modalités les plus appréciées sont la facilité d'accès au programme en ligne, les rappels par SMS ou courriel ainsi

que les notifications et les messages motivateurs et personnalisés (Viskovich et Pakenham, 2020). Ces résultats vont dans le même sens que l'appréciation des modalités technologiques des participants à l'étude de Blevins et ses collaborateurs (2021). Les participants de cette étude soulignent également que l'application facilitait la prise de conscience de leurs émotions et de leurs comportements de consommation et que les interventions brèves favorisaient une réflexion immédiate sur leurs choix, renforçant l'utilisation de stratégies adaptatives plutôt que le recours à l'alcool.

Toutefois, contrairement à l'étude de Viskovich et Pakenham (2020), où les évaluations sont réalisées à des moments fixes (pré, post et suivi à 12 semaines), certains participants de Blevins *et al*. (2021) ont trouvé que la fréquence élevée des évaluations (quatre fois par jour) est exigeante. La diminution progressive des taux de participation suggère que ce rythme peut représenter un défi, sans pour autant nuire à l'appréciation globale de l'intervention (Blevins *et al*., 2021).

Discussion

Cette recension des écrits avait pour but de déterminer quelles interventions se révèlent comme étant les plus efficaces pour réduire les symptômes et les conséquences liés à la comorbidité entre l'usage de substances et l'anxiété chez les adultes.

Les études incluses montrent que la TCC est reconnue comme étant une des approches les plus efficaces afin de traiter la double problématique combinant les problèmes de consommation et l'anxiété (Akeman *et al*., 2022; Buckner *et al*., 2020; Sloan *et al*., 2018; Viskovich et Pakenham, 2020). Effectivement, il est démontré que les interventions basées sur la TCC favorisent non seulement une diminution des comportements liés à la consommation de SPA (Akeman *et al*., 2022; Buckner *et al*., 2020), mais aussi des symptômes anxieux et dépressifs (Akeman *et al*., 2022; Buckner *et al*., 2020; Sloan *et al*., 2018; Viskovich et Pakenham, 2020).

Les effets se manifestent par une diminution significative de la consommation d'alcool et de cannabis, une diminution du nombre d'épisodes de consommation excessive et une diminution du pourcentage de jours de consommation. Une diminution du recours à la consommation comme stratégie de régulation émotionnelle ainsi que des envies de consommer (*cravings*) sont également observées (Akeman *et al*., 2022; Buckner *et al*., 2020). Les interventions basées sur la TCC ont également un impact sur les symptômes anxieux et dépressifs, tels que la concentration, les inquiétudes et les anticipations négatives (Akeman *et al*., 2022; Sloan *et al*., 2018; Viskovich et Pakenham, 2020).

En ce qui concerne les interventions basées sur l'approche de l'EM, les effets sont également significatifs tant pour l'anxiété que pour la consommation de SPA. Tout d'abord, une diminution des problèmes liés à la consommation de cannabis, tels que la faible motivation, les difficultés de concentration et les impacts sur l'alimentation, est rapportée (Murphy *et al*., 2024). Au niveau de l'anxiété, une diminution des symptômes anxieux est également observée jusqu'à six mois post-intervention (Murphy *et al*., 2024).

Comme mentionné précédemment, l'EM peut être utilisé seul ou en complément d'autres interventions (Schwenker *et al*., 2023), la plus commune étant la TCC (Randall et McNeil, 2017). La combinaison de l'EM et de la TCC a démontré une diminution significative de l'usage de substances, tant en termes de fréquence que de quantité ainsi qu'une diminution du nombre de jours où la consommation est utilisée pour faire face aux émotions. De plus, une augmentation des périodes d'abstinence est également rapportée (Blevins *et al*., 2021; Trick *et al*., 2023). Une diminution significative des symptômes anxieux (inquiétudes, difficulté à se détendre, agitation, etc.) et dépressifs (manque d'énergie, concentration, etc.) est également observée à la suite d'une intervention combinant l'EM et la TCC (Trick *et al*., 2023).

Si la TCC et l'EM ont fait leurs preuves dans la littérature depuis longtemps, les traitements intégrés ressortent de plus en plus comme étant une des approches les plus efficaces pour la double problématique (Wolitzky-Taylor, 2023). Un avantage de cette approche est qu'elle permet de travailler simultanément sur les deux problématiques, et ce, au sein du même traitement et par la même équipe d'intervention. Des effets bénéfiques sont relevés tant au niveau des symptômes anxieux que des symptômes liés à la consommation de SPA (Chilton *et al*., 2018; Wolitzky-Taylor *et al*., 2022). Tout d'abord, au niveau de la consommation de substances, la littérature démontre que le traitement intégré a comme effet de diminuer les problèmes liés à la consommation, tels que la baisse d'énergie, les difficultés dans les relations interpersonnelles et les difficultés de concentration (Wolitzky-Taylor *et al*., 2022).

Ensuite, au niveau des effets en lien avec l'anxiété, la littérature rapporte que les traitements intégrés agissent tant sur les symptômes liés à l'anxiété sociale, tels que la peur des situations sociales et l'évitement de celles-ci (Wolitzky-Taylor *et al*., 2022) que sur les symptômes généraux de l'anxiété, tels que l'inquiétude, la tension et le sentiment de peur (Chilton *et al*., 2018). Une diminution des symptômes dépressifs, comme la baisse d'énergie et le désengagement, est également observée (Chilton *et al*., 2018).

Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus dans l'étude de Wolitzky-Taylor (2023) qui soulèvent une évolution de la récente littérature, passant d'une approche traitant les troubles concomitants en parallèle à une approche intégrée traitant les problématiques simultanément. Effectivement, l'approche intégrée est de plus en plus privilégiée tant dans la littérature scientifique que dans les pratiques cliniques en raison des bénéfices observés pour une clientèle présentant une double problématique (Wolitzky-Taylor, 2023; Chetty *et al*., 2023).

Bien que le traitement intégré soit de plus en plus privilégié dans la littérature, il comporte quelques limites le rendant plus difficile à appliquer dans la pratique clinique (Wolitzky-Taylor, 2023; Chetty *et al*., 2023). Effectivement, il exige la présence de plusieurs prestataires de services ayant diverses expertises au sein d'une même équipe traitante. Cela exige également une communication constante entre ces mêmes acteurs (Chetty *et al*., 2023). D'ailleurs, de manière plus globale, le succès d'une approche, d'une intervention ou d'un traitement est conditionnel à plusieurs facteurs externes aux composantes propres du traitement. Entre autres, l'efficacité reposerait également sur la priorisation des éléments relationnels, tels que l'alliance thérapeutique, le renforcement du sentiment de validation, le renforcement de la motivation ou l'empathie (Chetty *et al*., 2023; Sauvageau, 2018).

Dans certaines études répertoriées dans le présent essai, les effets significatifs des interventions sont observés surtout chez les individus présentant un niveau élevé de consommation et/ou d'anxiété à la mesure prétraitement. Effectivement, pour les individus ayant un état de base plus faible à la mesure prétraitement, les effets des interventions sont moins significatifs, et ce, peu importe l'approche utilisée (Buckner *et al*., 2020; Buckner *et al*., 2021; Hallgren *et al*., 2021). Ces résultats sont cohérents avec d'autres travaux montrant que les interventions sont généralement plus efficaces chez les individus présentant une sévérité des symptômes initiaux plus élevée. Cela pourrait s'expliquer par un effet plafond signifiant qu'il y aurait peu de marge d'amélioration chez ceux ayant un niveau plus faible (Moreno-Pera *et al*., 2020; Wolitzky-Taylor, 2023).

Dans l'ensemble des études répertoriées dans le présent essai, une mesure post-intervention a été saisie afin de mesurer la portée des interventions dans le temps. La plus courte durée pour la mesure post-intervention est de 30 minutes (Hallgren *et al*., 2021) et la plus longue de 6 mois (Murphy *et al*., 2024; Wolitzky-Taylor *et al*., 2022). Pour deux études, une diminution des effets a été observée à la mesure post-traitement en ce qui concerne les symptômes liés à la consommation de SPA (Buckner *et al*., 2020; Murphy *et al*., 2024). De plus, Trick et ses collaborateurs (2023) observent que les participants ayant un niveau de consommation de cannabis élevé au prétraitement avaient tendance à consommer davantage à la dernière semaine de traitement. Ceci va dans le même sens que les résultats rapportés par Charlet et Heinz (2017), qui suggèrent que, dans certains cas, viser l'abstinence complète peut s'avérer difficilement réaliste ou envisageable, du moins à court terme. Chez les individus avec une consommation élevée en particulier, les conséquences peuvent se manifester sur plusieurs plans, notamment au niveau physique, psychologique, relationnel et financier (Charlet et Heinz, 2017).

En alternative à l'abstinence totale, la réduction des méfaits est une approche d'intervention visant à réduire les conséquences négatives associées à la consommation de SPA, sans nécessiter l'arrêt complet de celle-ci (Charlet et Heinz, 2017; Marlatt, 1996). La réduction des méfaits contribue à diminuer les conséquences négatives associées à la consommation et propose une approche plus réaliste, centrée sur les besoins de l'individu (Charlet et Heinz, 2017). D'ailleurs, une approche personnalisée du traitement qui serait adaptée au niveau de sévérité est ce qui favoriserait de meilleurs résultats cliniques (Buckner *et al*., 2021). Finalement, la réduction des méfaits est désormais considérée comme une part intégrante du continuum des soins dans les politiques de santé au Canada (Gouvernement du Canada, 2023).

Toutefois, selon Marlatt (1996), auteur pionnier de l'approche de la réduction des méfaits en Amérique du Nord, malgré ses nombreux avantages, elle ne permet pas de modifier les stratégies d'adaptation inadéquates employées par une personne (ex. : consommer pour gérer les émotions). Il est donc essentiel, afin d'obtenir des résultats optimaux, de favoriser le

développement de stratégies alternatives et positives ainsi que de combiner cette approche à d'autres, comme la TCC et l'EM (Buckner *et al*., 2021; Marlatt, 1996).

Initialement, le présent essai était orienté vers les programmes de prévention servant à prévenir l'automédication pour les adultes présentant de l'anxiété. Toutefois, peu de résultats ont été répertoriés à partir des bases de données en lien avec ce sujet. Ces constats sont cohérents avec les données canadiennes indiquant que les services de santé mentale et de consommation sont souvent sollicités à un stade avancé des problématiques. Bien que la prévention et la promotion de la santé occupent une place de plus en plus prédominante dans les plans ministériels, tant au Canada qu'au Québec, cela reflète un système davantage orienté vers le traitement que vers la prévention primaire ou secondaire (Commission de la santé mentale du Canada, 2012; MSSS, 2023; Murray et Knudson, 2023).

Finalement, plusieurs interventions ont été abordées dans le cadre de cet essai et parmi celles-ci, l'intervention basée sur l'activité physique mériterait d'être approfondie davantage (Hallgren *et al*., 2021). Les résultats issus de la littérature en lien avec ce sujet sont prometteurs et pourraient être mis en lien avec le mémoire de Florence Piché (2021) qui aborde les bénéfices d'une intervention en activité physique pendant un traitement pour l'usage d'une substance. Puis, deux études recensées dans le présent essai comportent des modalités technologiques qui ont été perçues positivement par les participants (Blevins *et al*., 2021; Viskovich et Pakenham, 2020). L'intégration des technologies dans les interventions psychosociales constitue également une avenue prometteuse (Sasseville *et al.*, 2023). Sasseville et ses collaborateurs (2023) ont réalisé une méta-analyse portant sur les interventions numériques en santé mentale. Les résultats indiquent que les technologies, telles que les plateformes web, les applications mobiles et les outils numériques combinées à un accompagnement professionnel, peuvent contribuer à améliorer l'accessibilité et l'efficacité des interventions en santé mentale.

Implications pour la pratique psychoéducative et recommandations

Les résultats des différentes études recensées permettent d'abord d'enrichir les connaissances concernant les approches d'intervention à privilégier auprès des individus présentant une double problématique combinant les symptômes anxieux ainsi que la consommation de substances. De plus, cela permet de suggérer des pistes d'intervention et/ou des programmes ayant démontré leur efficacité à travers la littérature. De concert, ces apports permettent de contribuer au développement des compétences liées au savoir et au savoir-faire des psychoéducateurs, notamment en permettant de mieux orienter l'analyse clinique lors de l'évaluation psychoéducative. Plus spécifiquement, cela permet de mieux saisir les besoins, de cibler et de planifier les interventions adaptées en se basant sur des données probantes. Cette compréhension de la situation pourra permettre aux psychoéducateurs d'élaborer un plan d'intervention plus juste, en établissant des objectifs et des moyens adaptés.

D'ailleurs, le psychoéducateur, dont le champ d'expertise est l'évaluation des difficultés et des capacités d'adaptation, peut être un acteur central dans l'intervention auprès d'une personne présentant une double problématique. L'interaction entre le potentiel adaptatif d'un individu (PAD) et le potentiel expérientiel de l'environnement (PEX) est à la base de l'analyse psychoéducative pour comprendre l'adaptation (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec [OPPQ], 2024). L'approche biopsychosociale est fréquemment utilisée pour expliquer le développement de symptômes anxieux ainsi que le développement de problèmes de consommation (Jokinen et Hartshorne, 2022; Skewes et González, 2013). Celle-ci présente une vision holistique des facteurs de risque et de protection en considérant à la fois les caractéristiques individuelles (fonctions cognitives, vulnérabilités émotionnelles, etc.) et les influences environnementales (soutien social, ressources, etc.) (Jokinen et Hartshorne, 2022; MacKillop et Ray, 2018). Tout au long du présent essai, il a été explicité que le recours à des stratégies d'adaptation (*coping*) inadéquates, telles que l'automédication ou l'évitement, peut contribuer à l'apparition, au maintien ou à l'aggravation des symptômes anxieux et des problèmes de consommation (Wyman et Castle, 2006).

Le développement de stratégies d'adaptation adéquates, reposant sur les capacités individuelles ainsi que sur les ressources de l'environnement, s'avère un objectif d'intervention central en psychoéducation (OPPQ, 2024). Le niveau de convenance entre le PAD et le PEX est un élément fondamental dans l'intervention psychoéducative afin de favoriser l'adaptation de l'individu à son quotidien (OPPQ, 2024). Donc, concrètement, en agissant sur le potentiel adaptatif de l'individu, il est possible que la personne bénéficie d'un suivi, par exemple en gestion des émotions. Puis, l'environnement peut également être adapté à ses besoins, notamment en favorisant le développement d'un réseau social composé de personnes qui ne consomment pas de SPA. Dans le cadre de la pratique clinique, il est donc recommandé aux psychoéducateurs de prendre en considération l'ensemble des facteurs influençant la situation d'une personne afin de proposer des interventions adaptées à ses besoins.

Ensuite, comme illustré tout au long du présent essai, intervenir auprès d'individus présentant une double problématique est complexe vu l'interaction de plusieurs éléments et l'interinfluence de ceux-ci. L'approche intégrée nécessite qu'au sein d'une même équipe, les intervenants possèdent des connaissances approfondies tant sur les problématiques de santé mentale que sur la problématique de consommation (Chilton *et al*., 2018; Wolitzky-Taylor *et al*., 2022). Un élément central du travail de psychoéducateur est d'effectuer du rôle-conseil, consistant à soutenir, guider ou accompagner un intervenant, un groupe d'intervenants ou une organisation (OPPQ, 2022). Face à la complexité de l'intervention auprès des personnes présentant une double problématique, le psychoéducateur peut avoir une fonction de soutien, par exemple, auprès d'un intervenant qui se sent dépassé. Il peut aussi avoir un rôle visant le développement des pratiques cliniques par le biais de la supervision clinique, d'une communauté de pratique ou via d'autres modalités (OPPQ, 2022). D'ailleurs, les données rapportées dans ce présent essai peuvent contribuer à augmenter les connaissances des psychoéducateurs et ainsi, d'améliorer l'exercice des différentes fonctions liées au rôle-conseil. Elles peuvent, notamment, soutenir la transmission des bonnes pratiques et faciliter l'accompagnement d'une équipe ou d'une organisation face à des situations cliniques complexes.

De plus, l'augmentation des connaissances peut aussi influencer les schèmes relationnels du psychoéducateur, notamment la disponibilité, la confiance et la considération. En effet, l'intervention auprès d'une clientèle présentant des problématiques de dépendance et/ou de santé mentale peut susciter des réactions de contre-transfert pouvant ainsi influencer sa pratique clinique (Buck et Lysaker, 2010; Machado *et al*., 2014). Ainsi, le rôle-conseil vise non seulement le développement des connaissances cliniques, mais également le développement de la connaissance de soi (OPPQ, 2022, 2024). Effectivement, une bonne connaissance de soi, de ses valeurs, de ses croyances et de ses limites est essentielle, car chaque étape de l'évaluation psychoéducative sollicite des compétences et des attitudes relationnelles pouvant avoir un impact sur les schèmes relationnels (Buck et Lysaker, 2010; OPPQ, 2022, 2024).

Peu importe la clientèle auprès de laquelle il intervient, le psychoéducateur peut être concerné par les données du présent essai. Effectivement, celles-ci s'appliquent non seulement à une clientèle adulte présentant des vulnérabilités, mais peuvent également s'appliquer à une clientèle jeunesse, surtout dans une perspective de prévention des facteurs de risque et de promotion des facteurs de protection abordés dans le présent travail.

À la lumière de cette section, il est recommandé aux psychoéducateurs ainsi qu'aux futurs psychoéducateurs d'accorder une importance particulière à la formation continue, permettant de demeurer à jour concernant les meilleures pratiques. Cela permettra de soutenir la pratique clinique ainsi que l'exercice du rôle-conseil. Finalement, il est également suggéré de privilégier une collaboration interdisciplinaire, ainsi que de maintenir une analyse continue sur sa pratique et ses schèmes relationnels afin d'ajuster adéquatement les interventions et de mieux répondre aux besoins de la clientèle.

Limites de l'essai

Différentes limites peuvent être rapportées en lien avec cet essai ainsi qu'avec les études qui y sont incluses. Tout d'abord, plusieurs études possèdent un petit échantillon, ce qui fait en sorte de réduire la puissance statistique (Buckner *et al*., 2020; Murphy *et al*., 2024; Sloan *et al*.,

2018; Wolitzky-Taylor *et al*., 2022). Également, les résultats sont moins généralisables, puisqu'ils ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population. Le risque que les résultats soient influencés par le hasard ou des caractéristiques spécifiques aux participants peut affecter leur validité et la fiabilité. Pour de futures études, il serait intéressant d'avoir des échantillons de plus grande taille afin d'obtenir une évaluation plus juste de la portée des interventions (Akeman *et al*., 2022; Blevins *et al*., 2021; Buckner *et al*., 2020; Buckner *et al*., 2021; Murphy *et al*., 2024; Sloan *et al*., 2018; Wolitzky-Taylor *et al*., 2022).

Ensuite, certaines études n'ont pas de groupe contrôle, ce qui limite l'interprétation des résultats. Sans ce dernier, il est difficile de déterminer si les effets observés sont dus aux interventions ou à d'autres facteurs, tels que l'effet du temps ou l'évolution naturelle du problème. En conséquence, cela diminue la validité interne et entraine des conclusions moins solides qui doivent être interprétées avec prudence (Akeman *et al*., 2022; Blevins *et al*., 2021; Chilton *et al*., 2018; Hallgren *et al*., 2021; Montague et Fairholm, 2020; Sloan *et al*., 2018).

De plus, plusieurs mesures post-traitement n'ont été saisies qu'à un seul moment, soit quelques minutes après l'intervention ou immédiatement après la dernière rencontre du programme (Akeman *et al*., 2022; Buckner *et al*., 2020; Chilton *et al*., 2018; Hallgren *et al*., 2021; Montague et Fairholm, 2020; Trick *et al*., 2023; Viskovich et Pakenham, 2020). Ainsi, il est difficile de déterminer si les acquis observés se maintiennent à plus long terme. Sans mesure post-traitement à moyen ou long terme, il demeure incertain que les bénéfices observés persistent au-delà de l'intervention (Buckner *et al*., 2020; Hallgren *et al*., 2021; Viskovich et Pakenham, 2020). Cela affecte donc la validité externe ainsi que la pertinence clinique des conclusions. Pour de futures études, il serait donc intéressant d'ajouter des mesures post-intervention à plus long terme afin de mieux évaluer l'évolution des acquis dans le temps (Akeman *et al*., 2022; Buckner *et al*., 2020; Chilton *et al*., 2018; Hallgren *et al*., 2021; Montague et Fairholm, 2020; Trick *et al*., 2023; Viskovich et Pakenham, 2020).

Puis, certaines études comportent des résultats basés sur des données autorapportées pouvant présenter à la fois des avantages et des limites. Effectivement, bien que cela permet d'avoir directement accès à l'expérience subjective des participants, cela peut également engendrer certains biais, comme un biais de désirabilité sociale. Les participants peuvent aussi être imprécis dans leurs réponses en sous-estimant ou en surestimant leurs symptômes et/ou leur consommation. Ces biais peuvent affecter la validité et la fiabilité des résultats. Combiner des mesures autorapportées à des systèmes de mesures objectifs (ex. : mesures biologiques) permettrait d'obtenir des résultats plus précis et de conduire à des conclusions plus solides (Buckner *et al*., 2020; Murphy *et al*., 2024; Sloan *et al*., 2018; Trick *et al*., 2023).

Finalement, certaines limites peuvent être associées au processus derrière la réalisation du présent essai. Tout d'abord, un nombre restreint d'articles a été retenu, soit 12 articles. Cela peut faire en sorte que certaines études pertinentes ont pu être exclues ne permettant pas de couvrir l'ensemble des connaissances sur le sujet. Puis, les articles sélectionnés sont hétérogènes, tant au niveau de la population étudiée (hommes, femmes, étudiants, usagers des services de santé, etc.), au niveau des instruments de mesure des variables utilisés ainsi qu'au niveau des devis de recherche. Cela peut faire en sorte de complexifier la comparaison des données ainsi que d'influencer l'interprétation et la généralisation des résultats.

Conclusion

En résumé, cet essai inclut 12 études évaluant l'efficacité clinique d'interventions, d'approches ou de programmes visant à réduire les symptômes et les conséquences associés à la comorbidité entre l'usage de substances et l'anxiété chez les adultes. Les résultats démontrent que la TCC demeure une des approches les plus efficaces, tant pour le traitement de l'anxiété que pour la consommation de substances (Akeman *et al*., 2022; Buckner *et al*., 2020; Sloan *et al*., 2018; Viskovich et Pakenham, 2020). De plus, la combinaison entre TCC et EM est également une des approches dont l'efficacité est démontrée dans la littérature au niveau de la réduction des symptômes anxieux et de l'usage de substances (Blevins *et al*., 2021; Trick *et al*., 2023). Si ces deux types d'approches ont fait leurs preuves depuis longtemps dans la littérature, les traitements intégrés sont de plus en plus reconnus, tant dans la littérature que dans la pratique clinique avec une clientèle présentant une double problématique (Chilton *et al*., 2018; Wolitzky-Taylor *et al*., 2022). Certains défis rendent toutefois l'application de ceux-ci plus complexe, notamment en raison de la nécessité de posséder plusieurs expertises au sein d'une même équipe et d'assurer une communication continue entre les différents intervenants (Chetty *et al*., 2023). Finalement, le contenu de cet essai est pertinent dans le cadre de la pratique psychoéducative pour le développement des connaissances, le développement des compétences liées au savoir et au savoir-faire ainsi que dans l'exercice du rôle-conseil (OPPQ, 2022, 2024).

Références

Akeman, E., White, E., Wolitzky-Taylor, K., Santiago, J., McDermott, T. J., DeVille, D. C., Stewart, J. L., Paulus, M., Taylor, C. T. et Aupperle, R. L. (2022). Amplification of positivity therapy for co-occurring alcohol use disorder with depression and anxiety symptoms: Pilot feasibility study and case series. *Behavior Modification, 46*(5), 1021-1046. http://dx.doi.org/10.1177/01454455211030506

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5e éd.). American Psychiatric Publishing.

Association canadienne de santé publique. (2026). *Santé mentale et dépendances au Canada*. https://www.cpha.ca/fr/sante-mentale-dependances

Bandelow, B. et Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 17*(3), 327–335. https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2e éd.). Guilford Press.

Beck, A. T. et Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy, 35*(1), 49–58. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00069-1

Beletsky, A., Liu, C., Lochte, B., Samuel, N. et Grant, I. (2024). Cannabis and Anxiety: A Critical Review. *Medical Cannabis & Cannabinoids*, *7*(1), 19–30. https://doi.org/10.1159/000534855

Bickel, W. K., Johnson, M. W., Koffarnus, M. N., MacKillop, J. et Murphy, J. G. (2014). The behavioral economics of substance use disorders: Reinforcement pathologies and their repair. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 641–677. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153724

Blevins, C. E., Marsh, E. L., Stein, M. D., Schatten, H. T. et Abrantes, A. M. (2021). Project CHOICE: Choosing healthy options in coping with emotions, an EMA/EMI plus in-person intervention for alcohol use. *Substance Abuse, 42*(4), 569-576. http://dx.doi.org/10.1080/08897077.2020.1806182

Buck, K. D. et Lysaker, P. H. (2010). Clinical supervision for the treatment of adults with severe mental illness: Pertinent issues when assisting graduate nursing students. *Perspectives in Psychiatric Care, 46*(3), 234–243. https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00261.x

Buckner, J. D., Lewis, E. M., Abarno, C. N. et Heimberg, R. G. (2020). Mindfulness training for clinically elevated social anxiety: The impact on peak drinking. *Addictive Behaviors, 104,* 106282. http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106282

Buckner, J. D., Morris, P. E. et Zvolensky, M. J. (2021). Integrated cognitive-behavioral therapy for comorbid cannabis use and anxiety disorders: The impact of severity of cannabis use. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 29*(3), 272-278. http://dx.doi.org/10.1037/pha0000456

Buckner, J. D. (2024). Motivational interviewing-based interventions with patients with comorbid anxiety and substance use disorders. *Current opinion in psychology*, *60*, 101934. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2024.101934

Carroll, K. M. (2014). Lost in translation? Moving contingency management and cognitive behavioral therapy into clinical practice. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1327*(1), 94–111. https://doi.org/10.1111/nyas.12501

Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2002). *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Santé Canada. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health-fra.pdf

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2026). *Toxicomanie*. Gouvernement du Québec. https://ciusssmcq.ca/conseils-sante/dependance-trouble-de-l-usage/toxicomanie-trouble-d-usage-des-substances-drogues-medicaments/

Charlet, K. et Heinz, A. (2017). Harm reduction — a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms. *Addiction Biology*, *22*(5), 1119–1159. https://doi.org/10.1111/adb.12414

Chetty, A., Guse, T. et Malema, M. (2023). Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: A systematic review. *Health SA Gesondheid, 28*, 2094. https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2094

Chilton, J., Crone, D. et Tyson, P. J. (2018). Clinical outcomes from a 10-week follow-up psychoeducational program for dual diagnosis. *Journal of Dual Diagnosis, 14*(2), 102-110. http://dx.doi.org/10.1080/15504263.2018.1431420

Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHStrategy_Strategy_FRE_1.pdf

Gouvernement du Canada. (2023). *La stratégie canadienne sur les drogues et autres substances : L'approche du gouvernement du Canada à l'égard des méfaits liés à la consommation de substances et de la crise des surdoses*. Direction générale des substances contrôlées et du cannabis. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/substances-controlees/prevention/strategie-canadienne-drogues-autres-substances.html

Gerring, Z. F., Thorp, J. G., Treur, J. L., Verweij, K. J. H. et Derks, E. M. (2024). The genetic landscape of substance use disorders. *Molecular Psychiatry, 29*, 3694–3705. https://doi.org/10.1038/s41380-024-02547-z

Gouvernement du Québec. (2024). *Troubles anxieux*. https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/mieux-comprendre-troubles-mentaux/troubles-anxieux#:~:text=Les%20anxiolytiques%20sont%20des%20m%C3%A9dicaments,sont%20des%20exemples%20d'anxiolytiques

Hakobyan, S., Vazirian, S., Lee-Cheong, S., Krausz, M., Honer, W. G. et Schutz, C. G. (2020). Concurrent disorder management guidelines: Systematic review. *Journal of Clinical Medicine, 9*(8), 2406. https://doi.org/10.3390/jcm9082406

Hallgren, M., Vancampfort, D., Hoang, M. T., Andersson, V., Ekblom, Ö., Andreasson, S. et Herring, M. P. (2021). Effects of acute exercise on craving, mood and anxiety in non-treatment seeking adults with alcohol use disorder: An exploratory study. *Drug and Alcohol Dependence, 220,* 108506. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108506

Institut de la statistique du Québec (2023). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021 (EQSP)*. Gouvernement du Québec. https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-population-2020-2021.pdf

Institut de la statistique du Québec. (2025a). *Les habitudes de consommation de cannabis au Québec en 2024*. Gouvernement du Québec. https://statistique.quebec.ca/fr/communique/habitudes-consommation-cannabis-quebec-2024

Institut de la statistique du Québec. (2025b). *Troubles d'anxiété*. https://statistique.quebec.ca/vitrine/egalite/dimensions-egalite/sante/troubles-anxiete?onglet=ensemble-de-la-population

Institut national de la santé publique du Québec. (2026). *Effet sur la santé de l'alcool*. Gouvernement du Québec. https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/effets-sur-la-sante

Institut national de la santé publique du Québec. (2025a). *Consommation de cannabis chez la population générale (tiré de l'EQC)*. Gouvernement du Québec. https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/cannabis/consommation-population-generale

Institut national de la santé publique du Québec. (2025b). *Consommation d'alcool chez la population générale.* Gouvernement du Québec. https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/donnees/population

Jokinen, R. R. et Hartshorne, T. S. (2022). Anxiety disorders: A biopsychosocial model and an Adlerian approach for conceptualization and treatment. *Journal of Individual Psychology*, 78(3), 195–210. https://doi.org/10.1353/jip.2022.0022

Lecomte, T. et Lefebvre, C. (2022). Voir les choses autrement : Comment la TCC peut soulager l'anxiété. *Science et Comportement, 32*(1), 21-26.

Lenz, A. S., Rosenbaum, L. et Sheperis, D. (2016). Meta-analysis of randomized controlled trials of motivational enhancement therapy for reducing substance use. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, *37*(2), 66-86. https://doi.org/10.1002/jaoc.12017

Leos-Toro, C., Rynard, V. et Hammond, D. (2017). Prevalence of problematic cannabis use in Canada: Cross-sectional findings from the 2013 Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey. *Canadian Journal of Public Health, 108*(5–6), e516–e522. https://doi.org/10.17269/CJPH.108.5955

Lupien, S. (2019). A chacun son stress. Éditions Va savoir.

Machado, D. D. B., Coelho, F. M. D. C., Giacomelli, A. D., Donassolo, M. A. L., Abitante, M. S., Dall'Agnol, T. et Eizirik, C. L. (2014). Systematic review of studies about countertransference in adult psychotherapy. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 36*(4), 173–185. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-1004

MacKillop, J., Acker, J. D., Bollinger, J., Collins, J., Lerman, C. et Murphy, J. G. (2013). The Brief Alcohol Social Density Assessment (BASDA): Convergent, criterion-related and incremental validity. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 74*(5), 810–815. https://doi.org/10.15288/jsad.2013.74.810

MacKillop, J. et Ray, L. A. (2018). The etiology of addiction: A contemporary biopsychosocial approach. Dans H. R. Kranzler et D. S. Stein (dir.), *The American Psychiatric Association Publishing textbook of substance use disorder treatment* (2e éd., p. 35–58). American Psychiatric Association Publishing.

Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: come as you are. *Addictive Behaviors*, *21*(6), 779–788. https://doi.org/10.1016/0306-4603(96)00042-1

McHugh, R. K. (2015). Treatment of Co-occurring Anxiety Disorders and Substance Use Disorders. *Harv Rev Psychiatry*, 23(2), 99–111. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000058

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Plan stratégique 2023-2027*. Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_23-717-01W_MSSS.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025). *Statistiques de santé et de bien être selon le sexe – Tout le Québec – Types de drogue consommée*. Gouvernement du Québec. https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/types-de-drogue-consommee

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025). *Statistiques de santé et de bien être selon le sexe – Tout le Québec – Consommation excessive d'alcool*. Gouvernement du Québec.

https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/consommation-excessive-d-alcool/

Montague, H. et Fairholm, I. (2020). The Minnesota model: A clinical assessment of its effectiveness in treating anxiety and depression compared to addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction, 18*(5), 1422-1436. http://dx.doi.org/10.1007/s11469-019-00168-0

Moreno-Peral, P., Bellón, J. Á., Motrico, E., Campos-Paíno, H., Martín-Gómez, C., Ebert, D. D., Buntrock, C., Roca, M. et Conejo-Cerón, S. (2020). Moderators of psychological and psychoeducational interventions for the prevention of anxiety: A systematic review. *Journal of Anxiety Disorders*, *76,* 102317. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102317

Mueser, K. T., Drake, R. E. et Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, *23*(6), 717–734. https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00073-2

Mueser, K. T. (2003). *Integrated treatment for dual disorders : a guide to effective practice*. Guilford Press.

Murphy, J. G., Dennhardt, A. A., Utzelmann, B., Borsari, B., Ladd, B. O., Martens, M. P., White, H. R., Yurasek, A.M., Campbell, K. W. et Witkiewitz, K. (2024). A pilot trial of a brief intervention for cannabis use supplemented with a substance-free activity session or relaxation training. *Psychology of Addictive Behaviors, 38*(3), 255-268. http://dx.doi.org/10.1037/adb0000988

Murray, J. K. et Knudson, S. (2023). Mental health treatment and access for emerging adults in Canada: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1088999. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1088999

Newman, M. G., Llera, S. J., Erikson, T. M., Przeworski, A. et Castonguay, L.G. (2013). Worry and generalized anxiety disorder: A review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*, 275-297. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2022). *L'exercice du rôle-conseil en psychoéducation. Normes d'exercice.* https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/10/Role-conseil_normes.pdf

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2024). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation. Lignes directrices.* https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Lignes-directrices-evaluation-psychoeducative_final.pdf

Pelletier, L., O'Donnell, S., McRae, L. et Grenier, J. (2017). The burden of generalized anxiety disorder in Canada. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, *37*(2), 54–62. https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.2.04

Piché, F. (2021). *Une intervention en activité physique pendant un traitement pour trouble de l'usage d'une substance : une revue de la portée* [Mémoire de maîtrise inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières.

Plourde, C. et Laventure, M. (2025). *Soutenir sans se perdre : Guide à l'intention de l'entourage d'une personne ayant une consommation problématique d'alcool ou de drogue*. Les Éditions de l'Homme.

Randall, C. et McNeil, D. (2017). Motivational Interviewing as an Adjunct to Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders: A Critical Review of the Literature. *Cogn Behav Pract, 24*(3), 296–311. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.05.003

Saha, S., Lim, C. C. W., Cannon, D. L., Burton, L., Bremner, M., Cosgrove, P., Huo, Y. et McGrath, J. J. (2020). Co-morbidity between mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety, 38*(3), 286–306. https://doi.org/10.1002/da.23113

Sasseville, M., LeBlanc, A., Tchuente, J., Boucher, M., Dugas, M., Gisèle, M., Barony, R., Chouinard, M.-C., Beaulieu, M., Beaudet, N., Skidmore, B., Cholette, P., Aspiros, C., Larouche, A., Chabot, G. et Gagnon, M.-P. (2023). The impact of technology systems and level of support in digital mental health interventions: A secondary meta-analysis. *Systematic Reviews, 12*(78). https://doi.org/10.1186/s13643-023-02241-1

Sauvageau, E. (2018). *Perceptions des usagers et du personnel au sujet d'un programme intégré sur les troubles concomitants de santé mentale et de dépendance de la région Mauricie-Centre-du-Québec* [Mémoire de maitrise inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières.

Schwenker, R., Dietrich, C. E., Hirpa, S., Nothacker, M., Smedslund, G., Frese, T. et Unverzagt, S. (2023). Motivational interviewing for substance use reduction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *12*, CD008063. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008063.pub3

Sjödin, L., Molander, O., Ingesson-Hammarberg, S. et Hammarberg, A. (2026). Drinking motives among patients with alcohol use disorder: a longitudinal study. *Addiction science & clinical practice*, *21*(1), 27. https://doi.org/10.1186/s13722-026-00656-4

Skewes, M. C. et González, V. M. (2013). The biopsychosocial model of addiction. Dans P. M. Miller (dir.), *Principles of addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders* (Vol. 1, p. 61–70). Academic Press.

Sloan, E., Hall, K., Simpson, A., Youssef, G. J., Moulding, R., Mildred, H. et Staiger, P. K. (2018). An emotion regulation treatment for young people with complex substance use and mental health issues: A case-series analysis. *Cognitive and Behavioral Practice, 25*(3), 427-441. http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.12.006

Stockwell, T., Zhao, J., Giesbrecht, N., Macdonald, S., Thomas, G. et Wettlaufer, A. (2012). The raising of minimum alcohol prices in Saskatchewan, Canada: Impacts on consumption and implications for public health. *American Journal of Public Health, 102*(12), 103–110. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301094

Tomasi, J., Zack, M. et Kennedy, J. L. (2019). Outside the typical anxiety disorder definition: Characterizing the role of impulsivity in comorbid substance use disorder. *Personalized Medicine in Psychiatry*, *15*, 13–21. https://doi.org/10.1016/j.pmip.2019.04.001

Treno, A. J., Marzell, M., Gruenewald, P. J. et Holder, H. D. (2014). A review of alcohol and other drug control policy research. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 75*(s17), 98–107. https://doi.org/10.15288/jsads.2014.s17.98

Trick, L., Butler, K., Bourgault, Z., Vandervoort, J. et Le Foll, B. (2023). Implementation and preliminary evaluation of a 12-week cognitive behavioural and motivational enhancement group therapy for cannabis use disorder. *Substance Abuse: Research and Treatment, 17,* 1-11. http://dx.doi.org/10.1177/11782218231205840

Villeneuve-Côté, F. et Ngô, T. L. (2024). *Guide de pratique pour le diagnostic et le traitement du trouble lié à l'usage d'une substance*. Tccmontreal. https://tccmontreal.com/wp-content/uploads/2024/10/guidedepratiquetlu.pdf

Viskovich, S. et Pakenham, K. I. (2020). Randomized controlled trial of a web-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) program to promote mental health in university students. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(6), 929–951. https://doi.org/10.1002/jclp.22848

Wolitzky-Taylor, K., Sewart, A., Karno, M., Ries, R. et Stimson, J. (2022). Development and Initial Pilot Testing of a fully integrated treatment for comorbid social anxiety disorder and alcohol use disorder in a community-based SUD clinic setting. *Behaviour Research and Therapy, 148,* 103999. http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2021.103999

Wolitzky-Taylor, K. (2023). Integrated behavioral treatments for comorbid anxiety and substance use disorders: A model for understanding integrated treatment approaches and meta-analysis to evaluate their efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*, *253*, 110990. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110990

Wyman, K. et Castle, D. J. (2006). Anxiety and Substance Use Disorder Comorbidity: Prevalence, Explanatory Models and Treatment Implications. *Journal of Dual Diagnosis*, *2*(4), 93–119. https://doi.org/10.1300/J374v02n04_07

Appendice A

Tableau résumé des articles scientifiques

Tableau A1

Résumé des caractéristiques des études retenues

Références	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
Akeman, E., White, E., Wolitzky-Taylor, K., Santiago, J., McDermott, T. J., DeVille, D. C., Stewart, J. L., Paulus, M., Taylor, C. T. et Aupperle, R. L. (2022). Amplification of positivity therapy for co-occurring alcohol use disorder with depression and anxiety symptoms: Pilot feasibility study and case series. *Behavior Modification, 46*(5), 1021-1046. http://dx.doi.org/10.1177/01454455211030506	1- Évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'intervention « Amplification of Positivity Therapy (AMP-A ») chez des adultes présentant à la fois un trouble de consommation d'alcool et des symptômes dépressifs ou anxieux. 2-Évaluer l'utilité clinique de l'intervention Amplification of Positivity Therapy	Étude pilote à devis mixte (quantitatif et étude de cas/descriptif)	8 adultes (5 femmes) répondant aux critères DSM-5 pour le trouble de consommation d'alcool et symptômes cliniques de dépression Participants dans les services ambulatoires	Effets cliniques sur la consommation : • Diminution notable de la consommation moyenne hebdomadaire et quotidienne d'alcool (PROMIS et TLFB); • Diminution des *cravings* d'alcool ressentis (ACQ-SF-R). Effets cliniques sur la santé mentale : • Diminution des symptômes de dépression et d'anxiété (PHQ-9, OASIS et PROMIS); • Augmentation significative de l'affect positif hebdomadaire

Références	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
				(PANAS-X et Neuro-QoL Positive Affect and Well-Being).
Blevins, C. E., Marsh, E. L., Stein, M. D., Schatten, H. T. et Abrantes, A. M. (2021). Project CHOICE: Choosing healthy options in coping with emotions, an EMA/EMI plus in-person intervention for alcohol use. *Substance Abuse, 42*(4), 569-576. http://dx.doi.org/10.1080/08897077.2020.1806182	1-Déterminer la faisabilité et l'acceptabilité du projet « CHOICE » (Choosing Healthy Options in Coping with Emotions) en combinant une évaluation écologique en temps réel, une intervention en temps réel (via une application cellulaire) et une séance en personne 2- Évaluer l'impact sur les motivations à boire et sur les résultats liés à la consommation d'alcool	Étude pilote à devis mixte	20 jeunes adultes, âgés de 18 à 25 ans (55 % femmes), recrutés à l'hôpital de jour Tous les participants ont des symptômes anxieux et dépressifs en comorbidité avec une consommation élevée d'alcool.	Effets cliniques sur la consommation : • Réductions significatives du pourcentage de jours de consommation, du pourcentage de jours de consommation pour faire face aux émotions, etc. (TLFB); • L'intervention CHOICE a rendu les participants plus conscients de leur consommation d'alcool (en particulier de leur consommation motivée par le *coping*).
Buckner, J. D., Morris, P. E. et Zvolensky, M. J. (2021). Integrated cognitive-behavioral therapy for comorbid cannabis use and anxiety disorders: The impact of severity of cannabis use. *Experimental*	1- Déterminer si le niveau de sévérité de l'usage de cannabis et des problèmes liés à celui-ci a un impact sur l'efficacité des traitements. 2- Évaluer si l'ICART (Integrated cannabis and	Essai contrôlé randomisé avec groupes comparatifs (devis quantitatif)	55 participants (âge moyen 23.2 ans) étant intéressés à recevoir un traitement pour réduire leur consommation de cannabis.	Impact du niveau de sévérité : • Chez les participants ayant une consommation de cannabis très élevée au départ, le traitement intégré (ICART) s'est avéré

Références	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
and Clinical Psychopharmacology, 29(3), 272-278. http://dx.doi.org/10.1037/pha0000456	anxiety reduction treatment) est plus efficace que la combination entretien motivationnel (EM) et thérapie cognitivo-comportementale (TCC) chez les patients présentant une consommation de cannabis initiale plus sévère et des problèmes liés à cette consommation plus importants.		L'ensemble des participants avaient un diagnostic de trouble d'usage du cannabis et au moins un trouble anxieux	plus efficace que le traitement standard. Efficacité clinique de l'ICART : • Chez les participants ayant un grand nombre de problèmes liés au cannabis au départ, l'ICART a permis de réduire davantage ces problèmes après traitement que le traitement standard comme mesuré par le Marijuana problem scale (MPS); • L'étude souligne que pour les utilisateurs de cannabis consommant fortement et avec comorbidité anxieuse, une thérapie intégrée peut offrir un avantage significatif.
Buckner, J. D., Lewis, E. M., Abarno, C. N. et Heimberg, R. G. (2020). Mindfulness training for clinically elevated social anxiety: The impact on peak drinking. *Addictive*	Étudier si un entraînement à la pleine conscience peut réduire la consommation maximale d'alcool (pic d'alcoolémie estimée), en particulier chez des personnes avec une anxiété	Essai contrôlé randomisé (devis quantitatif)	58 étudiants universitaires ayant une anxiété sociale cliniquement élevée (29 dans le groupe de pleine conscience,	Effets cliniques sur la consommation : • Chez les individus ayant une consommation élevée de départ, le groupe de pleine conscience

Références	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
Behaviors, 104, 106282. http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106282	sociale cliniquement élevée.		29 dans le groupe contrôle)	montrait une réduction de leur pic d'alcoolémie estimée au suivi d'un mois par rapport au groupe contrôle; • Chez ceux ayant une consommation de départ plus faible, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes. Effets cliniques sur la santé mentale : • Concernant l'anxiété sociale post-intervention : l'entraînement à la pleine conscience a été associé à une anxiété moindre après l'intervention parmi ceux avec une consommation maximale élevée de départ, tel que mesuré par le Subjective units of distress scale (SUDS).
Chilton, J., Crone, D. et Tyson, P. J. (2018). Clinical	Évaluer l'efficacité d'un programme	Quasi-expérimental avec	51 patients rencontrant les	Effets cliniques sur la santé mentale :

Références	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
outcomes from a 10-week follow-up psychoeducational program for dual diagnosis. *Journal of Dual Diagnosis, 14*(2), 102-110. http://dx.doi.org/10.1080/15504263.2018.1431420	psychoéducatif de 10 semaines auprès de patients ayant un double diagnostic (troubles mentaux et usage de substances), en termes de symptômes psychiatriques, bien-être psychologique et patterns d'usage.	mesure pré-post sans groupe contrôle	critères du DSM-IV pour des troubles de santé mentale de l'axe I et un usage actuel de substances.	• Améliorations générales des symptômes psychiatriques mesurés avec la Brief Psychiatric Rating Scale) et du bien-être psychologique (Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale); • Réduction de l'anxiété et de la dépression, telle que mesurée par le The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Effets cliniques sur la consommation : • Diminution du nombre de participants consommant de l'alcool et du cannabis tel que mesuré par le The Maudsley Addiction Profile (MAP); • Malgré une légère diminution du nombre de personnes

Références	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
				consommant du cannabis et de l'alcool, la prévalence demeurait toute de même élevée en raison de la tendance de certains à s'automédicamenter (alcool 33 (pré) vs 30 (post); cannabis 25 (pré) vs 24 (post)).
Hallgren, M., Vancampfort, D., Hoang, M. T., Andersson, V., Ekblom, Ö., Andreasson, S. et Herring, M. P. (2021). Effects of acute exercise on craving, mood and anxiety in non-treatment seeking adults with alcohol use disorder: An exploratory study. *Drug and Alcohol Dependence, 220,* 108506. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108506	1-Évaluer les effets à court terme de l'exercice sur les *cravings* d'alcool, l'humeur et l'anxiété chez les adultes ayant un trouble d'usage de l'alcool et ne désirant pas de traitement. 2-Identifier les différences potentielles dans la réponse à l'exercice associées à la sévérité du trouble de l'usage de l'alcool.	Quasi-expérimental à mesure pré-post	140 adultes avec trouble d'usage d'alcool (âge moyen ~53,7 ans, 70 % de femmes), physiquement inactifs.	Effets sur les *craving*s : • Diminution des *cravings* après l'exercice et qui se maintient jusqu'à 30 minutes après l'exercice (suivi post-séance) tel que mesuré par Desire for alcohol questionnaire (DAQ). Effets sur la santé mentale : • Réduction de l'anxiété chez quelques participants, mais n'est pas statistiquement significatif (possiblement influencé par un état d'anxiété faible à la base) tel que mesuré

Références	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
				par State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y1); • Les effets semblent être d'une plus grande amplitude pour les participants ayant un trouble d'usage de l'alcool plus sévère.
Montague, H. et Fairholm, I. (2020). The Minnesota model: A clinical assessment of its effectiveness in treating anxiety and depression compared to addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction, 18*(5), 1422-1436. http://dx.doi.org/10.1007/s11469-019-00168-0	Évaluer l'efficacité du modèle Minnesota pour réduire les symptômes d'anxiété et de dépression, et comparer cet effet chez deux groupes : les personnes dépendantes et celles ayant de l'anxiété/dépression sans dépendance.	Quasi-expérimentale à mesure pré-post avec groupes comparatifs	54 participants Groupe de TUS : 15 hommes (âge moyen : 36,47) 14 femmes (âge moyen : 32,93) Groupe anxiété/dépression : 12 hommes (âge moyen : 33,25) 13 femmes (âge moyen : 39,85)	Effets cliniques sur la santé mentale : • Après traitement, aucune différence significative entre les deux groupes dans les scores d'anxiété (GAD-7) et de dépression (PHQ-9); • Pour les deux groupes, l'anxiété à la mesure pré se situait à un niveau modéré, alors qu'à la mesure post elle se situait à un niveau faible; • Pour les deux groupes, la mesure pour la dépression se situait à un niveau de modérément sévère alors qu'à la mesure

Références	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
				post elle se situait à un niveau faible.
Murphy, J. G., Dennhardt, A. A., Utzelmann, B., Borsari, B., Ladd, B. O., Martens, M. P., White, H. R., Yurasek, A.M., Campbell, K. W. et Witkiewitz, K. (2024). A pilot trial of a brief intervention for cannabis use supplemented with a substance-free activity session or relaxation training. *Psychology of Addictive Behaviors, 38*(3), 255-268. http://dx.doi.org/10.1037/adb0000988	Évaluer l'efficacité d'une intervention motivationnelle brève (BMI) pour réduire l'usage de cannabis, complétée soit par une session d'activité sans substance (SFAS), soit par une session de relaxation (RT), chez de jeunes universitaires.	Essai pilote randomisé à trois conditions (devis quantitatif) : 1) BMI + SFAS, 2) BMI + RT, 3) Groupe contrôle Suivi à 1 mois et 6 mois.	132 étudiants universitaires (âge moyen = 19.9 ans, 54 % de femmes) faisant usage de cannabis	Effets cliniques sur la consommation : • Les deux interventions actives ont réduit à 1 mois les problèmes liés au cannabis et le *craving*, par rapport au groupe contrôle tels que mesuré par les questionnaires The consideration of future consequences scale (CFC) et The marijuana *craving* questionnaire-short Form MCQ-SF); • À 6 mois, aucune différence significative. Effets cliniques sur la santé mentale : • Les deux interventions ont réduit l'anxiété à 6 mois tel que mesuré par le questionnaire Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS).

Références	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
Sloan, E., Hall, K., Simpson, A., Youssef, G. J., Moulding, R., Mildred, H. et Staiger, P. K. (2018). An emotion regulation treatment for young people with complex substance use and mental health issues: A case-series analysis. *Cognitive and Behavioral Practice, 25*(3), 427-441. http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.12.006	Évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et les effets préliminaires du programme ERIC (Emotion Regulation and Impulse Control) chez des jeunes présentant une consommation problématique de substances et des troubles de santé mentale.	Série de cas — étude quasi-expérimentale sans groupe contrôle, devis pré-post.	10 jeunes (16–20 ans) en traitement résidentiel pour usage de substances et problèmes de santé mentale comorbides.	Effets sur la régulation émotionnelle : • Amélioration significative de la régulation émotionnelle (60 % des participants) tel que mesuré par le questionnaire auto-rapporté The difficulties in Emotion regulation scale Short Form (DERS-16). Effets cliniques sur la santé mentale : • Diminution des symptômes dépressifs (50 % des participants) et anxieux (60 % des participants) jusqu'à 2 semaines après le traitement tel que mesuré par le questionnaire Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21). Effets cliniques sur la consommation : • Indices que la régulation

Références	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
				émotionnelle pourrait aider indirectement à prévenir les rechutes.
Trick, L., Butler, K., Bourgault, Z., Vandervoort, J. et Le Foll, B. (2023). Implementation and preliminary evaluation of a 12-week cognitive behavioural and motivational enhancement group therapy for cannabis use disorder. *Substance Abuse: Research and Treatment, 17,* 1-11. http://dx.doi.org/10.1177/11782218231205840	1- Évaluer la rétention au traitement de 12 semaines combinant la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et l'entretien motivationnel (EM) 2- Mesurer les changements dans la consommation de cannabis 3- Évaluer la satisfaction des participants	Quasi expérimental à mesure pré-post avec un seul groupe	69 participants dans les services ambulatoires cherchant à réduire ou cesser leur consommation de cannabis	Effets cliniques sur la consommation : • Diminution significative de l'usage de cannabis (grammes/semaine); • Augmentation du nombre de jours d'abstinence post-traitement tels que mesurés par le Timeline Follow-Back (TLFB); • Améliorations significatives des problèmes liés au cannabis, du *craving*, des symptômes de sevrage, de l'auto-efficacité à rester abstinent tels que mesurés par le MPS, MCQ-SF et le self-efficacy questionnaire (SEF). ainsi que de l'humeur (anxiété et dépression) Effets cliniques sur la santé mentale

Références	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
				• Améliorations significatives des symptômes anxieux et de dépressifs tels que mesurés par le GAD-7 et le PHQ-9.
Viskovich, S. et Pakenham, K. I. (2020). Randomized controlled trial of a web-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) program to promote mental health in university students. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(6), 929–951. https://doi.org/10.1002/jclp.22848	Évaluer l'efficacité d'une intervention de promotion de la santé mentale en ligne fondée sur l'ACT, You only live once (YOLO), chez les étudiants universitaires	Essai contrôlé randomisé (devis quantitatif)	1 162 étudiants universitaires au total (596 dans le groupe intervention, 566 dans le groupe contrôle).	Effets cliniques sur la santé mentale : • Améliorations significatives du pré-test au post-test dans le groupe intervention sur tous les résultats primaires : dépression, anxiété, stress, etc. tel que mesuré par le DASS-21; • Les effets sont mesurables jusqu'au suivi de 12 semaines post-intervention. Effets sur les composantes de l'ACT : • Progrès également sur tous les processus psychologiques mesurés par l'ACT. Médiation des effets : • Les changements observés dans les résultats primaires

Références	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
				(symptômes et bien-être) ont été médiés par les améliorations des processus ACT.
Wolitzky-Taylor, K., Sewart, A., Karno, M., Ries, R. et Stimson, J. (2022). Development and Initial Pilot Testing of a fully integrated treatment for comorbid social anxiety disorder and alcohol use disorder in a community-based SUD clinic setting. *Behaviour Research and Therapy, 148*, 103999. http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2021.103999	Développer et tester un traitement intensif ambulatoire entièrement intégré (FIT) qui combine le traitement par exposition du trouble d'anxiété sociale avec un programme de traitement standard pour le trouble d'usage d'alcool, afin d'améliorer les résultats pour les personnes souffrant des deux troubles.	Essai pilote randomisé (devis quantitatif) : les participants sont répartis entre (a) "soins habituels" (usual care, UC) et (b) traitement intégré (FIT).	56 participants des services ambulatoires (Âge moyen = 40,27 ans et 52,7 % de femmes)	Effets cliniques sur la consommation : • À 6 mois de suivi, les participants dans le FIT avaient plus de jours de consommation réduits que dans le groupe UC tel que mesuré par le TLFB; • Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes sur la quantité d'alcool consommé par jour de boisson. Effets cliniques sur l'anxiété sociale : • Le niveau d'anxiété sociale s'est amélioré davantage dans FIT; • Réduction significative au sein du groupe sur presque toutes les mesures, y compris les indices de consommation d'alcool pour faire

Références	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
				face aux situations sociales, d'évitement des situations sociales où l'alcool n'est pas présent, etc. Tel que mesuré par le questionnaire Social anxiety fear of avoidance (LSAS-SR) et le questionnaire Drinking to cope with social anxiety (DCSAS).; • Maintien des acquis après le groupe

Appendice B

Tableau des méthodes d'évaluation pré/post-traitements et des outils standardisés

Tableau B1

Résumé de la méthodologie et des outils utilisés dans les études retenues

Auteurs	Méthodologie	Outils
Akeman *et al*., (2022).	Questionnaires auto-rapportés	**Effets cliniques sur la consommation :** • Patient Reported Outcome Information System (PROMIS) • Timeline Followback (TLFB) • Alcohol Craving Questionnaire-Short Form-Revised (ACQ-SF-R) **Effets cliniques sur la santé mentale :** • Patient Health Questionnaire (PHQ-9) • Patient Reported Outcome Information System (PROMIS) • Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) • Positive and Negative Affect Schedule—Extended (PANAS-X) • Neuro-QoL Positive Affect and Well-Being).
Blevins *et al*., (2021).	Entrevue semi-structuré et questionnaire auto-rapporté	**Effets cliniques sur la consommation :** • Timeline Followback (TLFB)
Buckner *et al*., (2021).	Entretien clinique basé sur le DSM-IV-TR (SCID-II) et questionnaire auto-rapporté	**Effets cliniques sur la consommation :** • Marijuana problem scale (MPS) • Timeline Followback (TLFB)
Buckner *et al*., (2020).	Questionnaires auto-rapportés	**Effets cliniques sur la santé mentale :** • Subjective units of distress scale (SUDS). **Effets cliniques sur la consommation :**

Auteurs	Méthodologie	Outils
		• The Daily Drinking Questionnaire (DDQ)
Chilton *et al*., (2018).	Questionnaires auto-rapportés	**Effets cliniques sur la santé mentale :** • Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) • Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) • Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) **Effets cliniques sur la consommation :** • The Maudsley Addiction Profile (MAP)
Hallgren *et al*., (2021).	Questionnaires auto-rapportés	**Effets cliniques sur les *cravings* :** • Desire for alcohol questionnaire (DAQ) **Effets cliniques sur la santé mentale :** • State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y1)
Montague et Fairholm, (2020).	Questionnaires auto-rapportés	**Effets cliniques sur la santé mentale :** • Generalised Anxiety Disorder 7 (GAD-7) • Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)
Murphy *et al*., (2024).	Questionnaires auto-rapportés	**Effets cliniques sur la consommation :** • The consideration of future consequences scale (CFC) • The marijuana craving questionnaire-short Form MCQ-SF) **Effets cliniques sur la santé mentale :** • Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS)
Sloan *et al*., (2018).	Entretien semi-structuré et questionnaires auto-rapportés	**Effets sur la régulation émotionnelle :** • The difficulties in Emotion regulation scale Short Form (DERS-16) **Effets cliniques sur la santé mentale :**

Auteurs	Méthodologie	Outils
		• Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21)
Trick *et al*., (2023).	Questionnaires auto-rapportés	**Effets cliniques sur la consommation :** • Timeline Follow-Back (TLFB) • the Marijuana Problem Scale (MPS) • Marijuana Craving Questionnaire (MCQ-SF) • Self-efficacy questionnaire (SEF) Effets cliniques sur la santé mentale : • Generalised Anxiety Disorder 7 (GAD-7) • Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)
Viskovich et Pakenham, (2020).	Questionnaires auto-rapportés	**Effets cliniques sur la santé mentale :** • Depression Anxiety and Stress Scale Short Form (DASS-21)
Wolitzky-Taylor *et al*., (2022)	Entretien clinique basé sur le DSM-IV-TR (MINI) et questionnaires auto-rapportés	**Effets cliniques sur la consommation :** • Timeline Followback (TLFB) **Effets cliniques sur l'anxiété sociale :** • Social anxiety fear of avoidance (LSAS-SR) • Drinking to cope with social anxiety (DCSAS)