

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

La clientèle adulte émergente consultant en Centre de réadaptation en
dépendance : impact de la motivation initiale sur l'abandon du traitement

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
Psychoéducation

21 Juillet 2014

© Catherine Le Corff

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

FACULTE D'ÉDUCATION

La clientèle adulte émergente consultant en Centre de réadaptation en dépendance : impact de la motivation initiale sur l'abandon du traitement.

Catherine Le Corff

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Myriam Laventure

Directrice scientifique

Monsieur Luc Touchette

Évaluateur externe

Monsieur Marc Tourigny

Évaluateur externe

Mémoire accepté le : 21 juillet 2014

SOMMAIRE

Les jeunes adultes âgés entre 18 et 25 ans, appelés dans la littérature adultes émergents, seraient particulièrement à risque de développer un problème de dépendance et les conséquences à l'utilisation de substances atteindraient un sommet chez cette population (Auerbach et Collins, 2006; Kong et Bergman, 2010). Une relation peut en effet être établie entre les caractéristiques spécifiques des adultes émergents et les problèmes de consommation retrouvés chez cette tranche d'âge de la population. Or, les adultes émergents sont sous-représentés dans les services offerts par les CRD, représentant de 0,8 % à 13,9 % des usagers de CRD (Rapports annuels, 2011-2012). De plus, lorsqu'ils s'y présentent, ces adultes émergents demeurent moins longtemps dans les services que les adultes plus âgés (Smith, Cleeland et Dennis, 2010). Pourtant, la persistance dans le traitement est un élément clef du succès de la démarche thérapeutique en dépendance (Melnick, De Leon, Hawke, Jainchill et Kressel, 1997). Plusieurs auteurs rapportent que la motivation et la préparation au traitement sont des facteurs critiques pour l'abandon du traitement (Palmer, Murphy, Piselli et Ball, 2009; Melnick et al., 1997). Chez les adultes émergents, la motivation est fréquemment caractérisée par de l'ambivalence et le fait d'être âgé de moins de 30 ans est associé à l'abandon hâtif des traitements en dépendance (Ball, Carroll, Canning-Ball et Rounsaville, 2006). Très peu d'études se sont intéressées à la motivation et à l'abandon des traitements en dépendances spécifiquement chez les adultes émergents et aucune étude portant sur ces aspects n'a été faite au Québec.

Pour pallier certaines limites de la littérature, le présent projet porte sur l'impact de la motivation initiale sur l'abandon au traitement en dépendance d'une clientèle adulte émergente (18-24 ans) dans deux CRD du Québec. Plus précisément, les objectifs visent (1) à décrire les stades (précontemplatif, contemplatif, préparation), les sources (consommation, physique, psychologique, familiale et sociale, emploi et ressource, judiciaire) et la nature (intrinsèque ou extrinsèque) de la motivation initiale de la clientèle adulte émergente (18-24 ans) fréquentant deux CRD du Québec et (2) à définir si le stade de la motivation initiale au traitement liée à la consommation prédit l'abandon du traitement en contrôlant le sexe, l'âge, le statut conjugal, le

statut familial, le nombre de traitements antérieurs, la gravité de la consommation, le mode de référence et les autres sources de motivation initiale au traitement.

Pour ce faire, les dossiers de 218 participants provenant de deux CRD au Québec ont été consultés. Les informations quant à la persistance dans le traitement ont été colligées aux dossiers et à la motivation et à la gravité de la consommation à partir des résultats à l'IGT (Guyon, Landry, Brochu et Bergeron, 1998). Des analyses statistiques descriptives ont d'abord permis de tracer le portrait motivationnel de la clientèle. Puis des corrélations et des régressions ont été réalisées pour déterminer l'association entre le niveau de motivation initiale au traitement lié à la consommation de psychotropes, l'abandon du traitement et les variables modératrices potentielles identifiées dans la littérature scientifique [sexe, âge, statut conjugal, statut familial, gravité de la consommation au moment de l'évaluation, nature de la référence (volontaire ou non volontaire)].

Les résultats montrent que chez les participants ayant une problématique de consommation un participant sur 20 ne reconnaît pas avoir besoin de traitement pour leur consommation, ces participants se situent donc à un niveau de la précontemplation. Un participant sur cinq, reconnaît qu'il a une consommation problématique, mais ne reconnaît pas avoir besoin de traitement dans l'immédiat, ces participants se situent donc à un niveau de motivation initiale de contemplation. Par ailleurs, trois participants sur quatre, se situent au niveau de motivation initiale préparation, ils reconnaissent avoir besoin de traitement.

En ce qui concerne les sources de motivation, le niveau de motivation initiale au traitement lié aux autres sphères de la vie de la personne (physique, psychologique, familiale et sociale, emploi et ressource, judiciaire), les participants se situent majoritairement et presque également entre les stades de motivation initiale de contemplation et de préparation. Toutefois, un peu plus d'un participant sur dix ne reconnaît pas avoir besoin de traitement en ce qui

concerne les autres sphères de sa vie, et ce, même si l'évaluateur, lui, suggérait un traitement à l'une ou l'autre des sphères étudiées

Toujours en lien avec le premier objectif de l'étude, la motivation peut être de sources intrinsèque ou extrinsèque, dans le présent échantillon, 23,4 % des participants avaient une motivation initiale de nature extrinsèque et 76,6 % des participants avaient une motivation initiale de nature intrinsèque. Tel qu'attendu, les participants présentant une motivation initiale de nature intrinsèque sont plus nombreux à avoir une motivation initiale de niveau préparation.

La motivation initiale au traitement liée à la consommation n'est, dans aucun des modèles réalisés, associée à l'abandon au traitement. Toutefois, parmi les variables modératrices à l'étude, seul le sexe des participants est significativement associé à l'abandon au traitement et le statut familial y est marginalement associé. Ainsi le fait d'être un homme et le fait d'avoir des enfants seraient associés à l'abandon du traitement.

Les résultats de la présente étude mènent à certaines recommandations pour l'intervention auprès des adultes émergents. Tout d'abord, vu le taux d'abandon élevé chez les adultes émergents (61% dans la présente étude) et ce, malgré la présence d'une motivation initiale au traitement, l'approche motivationnelle valorisée au cours des dernières années est à encourager, que la personne présente ou non une motivation initiale au traitement. Il semblerait également important de réévaluer la motivation en cours de traitement. En effet, si la motivation est considérée comme un processus fluctuant son évaluation devrait être continue afin d'y adapter l'intervention.

Les résultats semblent démontrer qu'un travail supplémentaires en lien avec la motivation devrait être fait auprès des usagers masculins. Peut-être un pairage avec un intervenant de même sexe pourrait être fait afin de favoriser l'identification des hommes à leur intervenant ainsi

qu'une adaptation de l'intervention de manière à ce qu'elle corresponde davantage aux caractéristiques de ces usagers (intervention active, expérientielle, psychoéducative). Finalement, le fait d'avoir des enfants est associé à l'abandon au traitement. Afin de favoriser la rétention de cette clientèle dans les services de réadaptation en dépendance, des mécanismes facilitant (garderie, service de traitement à domicile) l'accès au traitement devraient être instaurés pour cette clientèle.

La présente étude comporte, toutefois, certaines limites. En premier lieu, la distribution inégale du niveau de motivation initiale de la clientèle en CRD a pu limiter la possibilité de discerner des relations significatives entre la motivation initiale et l'abandon. En deuxième lieu, la motivation au traitement a uniquement été mesurée au début de la démarche de traitement. En dernier lieu, le lien entre la motivation initiale au traitement et la persistance ou l'abandon à celui-ci pourrait sans doute être expliqué par d'autres facteurs non étudiés dans le présent mémoire. De futures études devraient faire usage d'un échantillon provenant de plus d'un milieu de traitement (1^{ère} ligne et 2^{ème} ligne), mesurer la motivation à plus d'une reprise au cours du traitement et tenir compte d'autres facteurs telle l'alliance thérapeutique.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	5
REMERCIEMENTS	13
PREMIER CHAPITRE – LA PROBLÉMATIQUE	14
1. INTRODUCTION.....	14
1.1 Prévalence	15
1.2 Portrait des services offerts en dépendance au Québec	16
1.3 Définition des caractéristiques de la vie adulte émergente	18
1.4 Consommation d’alcool et de drogues chez les adultes émergents	20
1.5 Approche motivationnelle	23
1.6 Importance de la persistance dans les services dans le traitement des dépendances	25
2. QUESTIONS DE RECHERCHE	27
DEUXIÈME CHAPITRE – LA RENCENSION DES ÉCRITS	29
1. MÉTHODE DE RECENSION	29
2. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES	33
3. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES RÉSULTATS ÉTUDES RECENSÉES	35
3.1 Impact de la motivation sur l’abandon du traitement	35

3.2 Autres variables interférant sur la relation entre la motivation et l'abandon du traitement	38
4. SYNTHÈSE ET LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES	42
5. OBJECTIFS	45
6. RETOMBÉES DE L'ÉTUDE	45
TROISIÈME CHAPITRE – LA MÉTHODOLOGIE	47
1. MÉTHODOLOGIE	47
1.1 Devis de recherche	47
1.2 Échantillon	47
1.3 Déroulement de la collecte de donnée	49
1.5 Analyse des données	54
QUATRIÈME CHAPITRE – LES RÉSULTATS	55
1. DESCRIPTION DES SOURCES ET STADES DE MOTIVATION INITIALE CHEZ LES ADULTES ÉMERGENTS	55
2. IMPACT DES STADES ET SOURCES DE MOTIVATION INITIALE ET DES VARIABLES MODÉRATRICES SUR L'ABANDON DANS LE TRAITEMENT	57
CINQUIÈME CHAPITRE – LA DISCUSSION	61
1. PORTRAIT MOTIVATIONNEL DES ADULTES ÉMERGENTS	61
2. PRÉDIRE L'ABANDON AU TRAITEMENT CHEZ LES ADULTES ÉMERGENTS	63
3. RECOMMANDATIONS POUR L'INTERVENTION	65

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	69
ANNEXE A	76
ANNEXE B.....	85

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des participants par étapes de motivation en fonction du besoin de traitement lié à la consommation et aux autres sources de motivation.....	56
Tableau 2. Corrélation entre les variables à l'étude.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 3. Régressions entre les variables à l'étude.....	59

REMERCIEMENTS

L'élaboration d'un mémoire est un processus qui va bien au-delà de la rédaction. Ses multiples étapes sont un cheminement en soi, qui vient clore l'étape qu'aura été la maîtrise. Les apprentissages réalisés à travers ce processus me seront fort utiles et mes souvenirs de ce projet seront positifs.

La réalisation de ce mémoire n'aurait pu être possible sans certains contributeurs importants. Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de recherche, Myriam Laventure, pour son support, sa guidance et toute l'aide qu'elle a pu m'apporter au fil des deux années de ce projet.

Ensuite, je veux remercier le Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie et le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal. Leur participation a permis la réalisation de ce mémoire, leur accueil et leur collaboration ont été généreux et grandement appréciés. Je souhaite remercier spécialement le personnel des archives pour leur soutien dans mes démarches de collecte de données.

Finalement, je me dois de remercier ma famille, mon copain et mes amis qui m'ont épaulée tout au long de ce mémoire, mais aussi depuis le début de mon parcours universitaire. Votre soutien et vos encouragements sont sans prix.

PREMIER CHAPITRE

LA PROBLÉMATIQUE

Ce projet de recherche porte sur l'impact de la motivation sur l'abandon du traitement en dépendance chez une clientèle adulte émergente présentant une dépendance aux psychotropes. Ce premier chapitre présente premièrement la problématique de la dépendance au Canada et au Québec et l'offre de services en dépendance au Québec. Deuxièmement, les caractéristiques qui rendent uniques la période de la vie adulte émergente et leurs liens avec la consommation de substances sont présentées. Troisièmement, une définition de la motivation est proposée et l'importance de la persistance dans le traitement est présentée.

1. INTRODUCTION

L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD, 2012) estime que de 0,3 % à 0,4 % du PIB mondial serait nécessaire pour couvrir les frais liés au traitement des personnes dépendantes aux psychotropes. Les jeunes adultes âgés entre 18 et 25 ans seraient particulièrement à risque de développer un problème de dépendance et les conséquences à l'utilisation de substances atteindraient un sommet chez cette population (Auerbach et Collins, 2006; Gfroerer, Greenblatt et Wright, 1997; Johnston, O'Malley, Bachman et Schulenberg, 2004; Kong et Bergman, 2010; Sher et Gotham, 1999; Wechsler, Dowdall, Davenport, et Castillo, 1995). Malgré cela, les adultes émergents sont sous-représentés dans les services offerts par les Centres de réadaptation en dépendance au Québec (Rapports annuels 2011-2012, 2012). Lorsqu'ils s'y présentent, ces adultes émergents demeurent moins longtemps dans les services que les adultes plus âgés (Smith et al., 2010). Il convient de se demander quelles en sont les raisons : offre de service non adaptée, absence de motivation chez cette population, gravité des symptômes liés à la consommation, caractéristiques particulières de la clientèle 18-25 ans. La présente section fait état de la situation québécoise quant à la prévalence de la consommation et

aux services offerts aux adultes émergents, définit la vie adulte émergente et présente les variables ayant un impact sur l'abandon du traitement.

1.1 Prévalence

Selon l'ONU DC (2012), 0,6 % de la population mondiale adulte, soit 27 millions de personnes, feraient un usage problématique de drogue. De ce nombre, seulement 20 % auraient reçu des services en lien avec leur problématique de dépendance (ONU DC, 2012). Les conséquences de la consommation de substances illicites sur la santé publique, ainsi que des pertes de productivité y étant associé engendrent de coûts sociaux importants (ONU DC, 2012).

Selon l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD, 2011), l'abus de substances psychoactives serait plus représenté chez les jeunes adultes. Ainsi, 36,1% des jeunes canadiens présentent une consommation d'alcool à risque, soit le double de la moyenne nationale chez le reste de la population qui elle se situe à 17% (Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC), 2007) et plus de deux fois le taux retrouvé chez les Canadiens de plus de 25 ans (13,4 %). Selon les résultats de l'ESCCAD (2011), les jeunes âgés entre 15 et 24 ans sont significativement plus nombreux à outrepasser les directives de consommation pour limiter les risques aigus (blessure, surdose) que les 25 ans et plus (18,1 % vs 12,2 %).

Les jeunes âgés entre 15 et 24 ans sont également les plus grands consommateurs de drogues illicites, tant sur le plan mondial, Canadien que Québécois (Centre québécois de lutte aux dépendances, 2011; ETC, 2007; ONU DC, 2012). Les jeunes de 20 à 24 ans sont le groupe où la consommation de substances psychoactives illicites atteindrait un sommet. En effet, les jeunes adultes canadiens rapportent avoir consommé significativement plus de drogues illicites que les autres adultes (23,1 % et 7,3 %) (ESCCAD, 2011). Les jeunes de 18-19 ans (69,9 %) et

20-24 ans (68,5 %) ont davantage tendance à avoir consommé de la marijuana dans leur vie que ceux de 15 à 17 ans (39,3 %) et que les adultes de plus de 25 ans (de 56,9 % à 3,1 % selon les groupes d'âge). Parmi les jeunes adultes canadiens qui consomment de la marijuana, 22,3 % en ont consommé tous les jours au cours des trois derniers mois et ils représentent 52,4 % des consommateurs quotidiens (ETC, 2007). De plus, les jeunes adultes rapportent plus de problèmes liés à leur consommation de substances psychoactives illicites que les autres adultes tant sur le plan de leurs relations amicales (14,8 % vs 9,3 %), de la santé physique (20,3 % vs 13,5 %), de la vie familiale ou conjugale (11,4% vs 7,8%), de leur situation financière (12,0 % vs 7,3 %) que des problèmes d'apprentissage (9,6 % vs 4,9 %) (ETC, 2007).

Si les jeunes adultes sont plus nombreux à abuser de l'alcool, plus nombreux à consommer des drogues illicites et rapportent plus de difficultés associées à leur consommation, ils sont sous représentés dans les services en traitement des dépendances au Québec. À titre d'exemple, dans les centres de réadaptation en dépendance du Québec (CRD), les jeunes âgés de 12 à 18 ans représentent environ 30 % de la clientèle, les adultes de 24 ans et plus représentent, pour leur part, autour de 70 % de la clientèle alors que les jeunes de 18 à 24 ans représentent tout au plus 10% (CRD de l'Outaouais Rapport annuel de gestion 2011-2012, 2012; CRD Domremy Rapport annuel 2011-2012, 2012). De plus, si dans les services de réadaptation, le taux d'abandon des services est très élevé, entre 50 et 70 % de la clientèle quitte les services en dépendance dès le premier mois (Ball et al., 2006; Hubbard, Marsden, Rachal, Harwood, Cavanaugh et Ginzburg, 1989; Kludt et Perlmutter, 2012; Simpson, 1981; Stark, 1992), ce sont les personnes âgées entre 17 et 29 ans qui sont les moins susceptibles de se présenter dans les services suite à l'admission (Weisner, Mertens, Tam et Moore, 2001).

1.2 Portrait des services offerts en dépendance au Québec

1.2.1 Orientations ministérielles

Les services offerts au Québec en matière de prévention et de traitement des dépendances sont sous la responsabilité du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) (Centre

Québécois de lutte aux dépendances, 2011). Des orientations nationales, régionales et locales guidées par le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 sont mises en place par le réseau de la santé services sociaux (Centre Québécois de lutte aux dépendances, 2011). Le Plan d'action interministériel en toxicomanie vise la population générale, mais s'intéresse particulièrement à certaines clientèles identifiées comme étant à risque en matière de problèmes liés à la consommation, duquel font partie les jeunes (Centre Québécois de lutte aux dépendances, 2011). Il comprend quatre axes, soit la prévention de la dépendance, l'intervention précoce, le traitement et la réinsertion sociale et la recherche. De ces quatre axes, les deux premiers comptent des actions visant spécifiquement la clientèle jeune et jeune adulte, en ciblant des milieux spécifiques ainsi qu'en intensifiant leur détection et orientation (Centre Québécois de lutte aux dépendances, 2011).

1.2.2 Rôles, services et approches des organismes du réseau de la santé services sociaux en matière de dépendance

Le Programme-services Dépendances 2007-2012, vise à prévenir, réduire et traiter les problèmes de dépendances chez une clientèle ayant des comportements à risques ou des problèmes de dépendances à l'alcool, aux drogues ou au jeu (Centre Québécois de lutte aux dépendances, 2011). L'offre de services est partagée entre les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) ainsi que par les CRD. Les CSSS offrent principalement des services de première ligne et sont responsables des services généraux et spécifiques, soit la détection et l'intervention précoce, la désintoxication en milieu hospitalier, la désintoxication externe non intensive, le suivi psychosocial post-traitement et le suivi psychosocial et médical pour le maintien à la méthadone. Les CRD offrent, quant à eux, des services spécialisés de réadaptation comprenant : le programme régional d'évaluation spécialisée, la désintoxication externe intensive, la désintoxication avec hébergement, la réadaptation externe et interne incluant le maintien à la méthadone, la réinsertion sociale et le soutien à l'entourage (Centre Québécois de lutte aux dépendances, 2011).

Les personnes ayant obtenu un diagnostic d'abus ou de dépendance peuvent bénéficier des services des CRD (Centre Québécois de lutte aux dépendances, 2011). L'offre de service est habituellement différenciée pour la clientèle jeunesse âgée de 12 à 17 ans et la clientèle adulte dans les CRD (site web, Association des CRD). Seuls les CRD de Lanaudière et le CRD de Montréal offrent les services jeunesse aux clients âgés de moins de 24 ans [sites webs, CRD de Lanaudière, CRD de Montréal-Institut Universitaire (CRDM-IU)]. Le CRDM-IU est le seul CRD à différencier les clientèles 12-17 ans, 18-24 ans et 25 ans et plus dans son service d'accueil, évaluation et orientation (CRDM-IU, Rapport annuel 2011-2012). Ainsi, bien que la clientèle des jeunes adultes représente une priorité pour le MSSS parce qu'ils sont des consommateurs davantage à risque, très peu de CRD ont développé des services qui leur soient spécifiques. Pourtant leurs caractéristiques personnelles, familiales et sociales différentes des adolescents et des autres adultes justifieraient une offre de services spécifique (Arnett, 2000).

1.3 Définition des caractéristiques de la vie adulte émergente

La vie adulte émergente qualifie les individus âgés entre 18 et 25 ans. Ces années sont caractérisées par de nombreux changements dans la vie des individus, sur le plan de leurs relations amoureuses, du travail et de leur conception du monde. C'est généralement durant cette période que ces personnes termineront leurs études, feront leur insertion socioprofessionnelle et s'établiront dans une vie adulte plus stable et structurée (Arnett, 2000). Plusieurs termes ont été préalablement utilisés pour identifier ce groupe d'âge soit l'adolescence tardive, jeune adulte et la transition vers l'âge adulte (Arnett, 2007). Le terme adulte émergent a été retenu par Arnett (2000) pour désigner les jeunes adultes âgés entre 18 et 25 ans puisqu'ils se distinguent des adolescents et des adultes. Pour bien situer cette période spécifique de la vie et ses particularités, le modèle empirique développé au cours des années 2000 par Jeffrey Jensen Arnett a été retenu et est présenté ci-dessous.

Soulignons d'abord que la vie adulte émergente telle que décrite par Arnett (2000) est principalement caractéristique du contexte culturel des pays industrialisés, elle n'est pas universelle. En effet, de nombreux changements sociaux au cours des cinquante dernières années ont causé son apparition, soit l'augmentation de l'âge du mariage et de la parentalité (Arnett, 2000; 2005; 2007), l'augmentation du nombre d'années passées aux études et l'accès au marché du travail pour les femmes (Arnett, 2005). La vie adulte émergente se distingue de l'adolescence et de l'âge adulte par cinq caractéristiques principales : l'exploration identitaire, l'instabilité, son caractère autocentré, le sentiment d'entre-deux ou de transitions et la présence de multiples possibilités (Arnett, 2007).

D'abord, l'exploration identitaire touche trois aspects centraux, soit les relations amoureuses, le travail et la conception du monde. Les adultes émergents exploreront par de multiples essais quel genre de partenaire, d'emploi ou de conception du monde leur correspond pour en venir à déterminer ce qui leur conviendra de manière plus durable durant leur vie adulte (Arnett, 2000, 2005).

Deuxièmement, l'instabilité caractéristique des adultes émergents est définie par les réalités différentes pouvant être présentes à cet âge (lieu de résidence, de l'emploi, des études et des relations amoureuses). De plus, la situation d'un même adulte émergent est souvent instable. Par exemple la plupart d'entre eux vivront une instabilité résidentielle, changeront de domaine d'étude, d'emploi et de partenaires amoureux (Arnett, 2000, 2007).

Troisièmement, la vie adulte émergente serait particulièrement autocentrée. Les enfants et adolescents sont contrôlés par les règles instaurées par les adultes et les adultes sont engagés auprès d'un partenaire amoureux et de l'institution qui les emploie. Les adultes émergents ne sont pas assujettis au même niveau de contrôle, car le filet social et relationnel est moins présent, plus transitoire et moins stable. Ce contrôle social moindre permet aux adultes émergents de

prendre des décisions autonomes et centrées sur eux-mêmes acquérant ainsi les expériences jetant les bases de leur vie adulte (Arnett, 2005).

Quatrièmement, les adultes émergents sont caractérisés par leur sentiment d'entre-deux et de transition. Lorsqu'interrogés quant aux caractéristiques marquant l'atteinte de l'âge adulte, les adultes émergents ne rapportent pas de caractéristiques démographiques spécifiques tels le mariage ou la parentalité. Ils rapportent plutôt des qualités propres à soi. Les trois éléments principalement rapportés sont la pleine responsabilité de soi-même, prendre des décisions autonomes et être indépendant financièrement. L'atteinte de ces critères, qui se fait graduellement au cours de la vingtaine pour les jeunes américains, correspond à l'atteinte subjective de l'âge adulte (Arnett, 2000, 2005, 2007).

Cinquièmement, la vie adulte émergente est un moment ouvert sur de multiples possibilités permettant différents choix et de grands changements. Ces changements sont permis par le contrôle social moindre et engendrés par l'exploration qui caractérise cette période. Ils se traduisent pour beaucoup par l'acquisition d'une éducation leur permettant, par la suite, de contribuer à la société basée sur les connaissances (Arnett, 2005, 2007).

1.4 Consommation d'alcool et de drogues chez les adultes émergents

La consommation d'alcool et de drogues chez les adultes émergents est décrite comme un phénomène rattaché à cette étape de la vie (White, Labouvie, Papadaratsakis, 2005; Maggs et Schulenberg, 2002). Plusieurs caractéristiques des adultes émergents, tels le contrôle social diminué et les nombreuses possibilités, contribueraient à l'augmentation de l'utilisation de substances psychoactives (Arnett, 2005; Rohrbach, Sussman, Dent, Sun, 2005; Maggs et Schulenberg, 2002; White et Jackson, 2005; Maggs et Schulenberg, 2005). La consommation de psychotropes atteindrait un sommet durant la vie adulte émergente (Arnett, 2005; Vergès,

Jackson, Bucholz, Grant, Trull, Wood et Sher, 2012; White et Jackson, 2005; Auerbach et Collins, 2006) et les patrons de consommation problématique s'établiraient pour certains individus à ce moment. Considérées comme normatives, voire encouragées par les pairs durant la période adulte émergente (Auerbach et Collins, 2006, Maggs et Schulenberg, 2002), la consommation problématique chez l'adulte émergent est souvent minimisée (Maggs et Schulenberg, 2005; Arnett, 2005).

1.4.1 Lien entre l'utilisation de substance et les caractéristiques des adultes émergents

Arnett (2005) pose l'hypothèse que la consommation de psychotropes serait liée à l'exploration identitaire de deux manières chez les adultes émergents. Premièrement, cette population cherche à vivre de nombreuses expériences. La recherche de sensation par la consommation de substances ferait partie de ces expériences poursuivies par les adultes émergents. Deuxièmement, certains types d'exploration identitaire seraient liés à une plus grande utilisation de substance (Adams, Munro, Munro, Doherty-Poirier et Edwards, 2004; Arnett, 2005). En ce sens, l'utilisation de substances serait reliée à l'instabilité émotionnelle (anxiété, tristesse) que peuvent vivre les adultes émergents (Arnett, 2005). La consommation d'alcool et de drogues pourrait alors être utilisée comme moyen d'automédication (Arnett, 2005; Harlow, Mitchell, Fitts et Saxon, 1999). Ainsi, Arnett (2005) propose donc une corrélation positive entre l'instabilité émotionnelle et l'utilisation de substances psychoactives chez les adultes émergents.

Le contrôle social moindre durant la vie adulte émergente et le caractère autocentré qui caractérise ces individus, seraient également liés à une consommation de psychotropes accrue (Arnett, 2005; Kypri, McCarthy, Coe et Brown, 2004; Rohrbach et al., 2005). En effet, le fait que l'adulte émergent serait plus affranchi que l'adolescent sans toutefois porter les responsabilités propres à la vie adulte prédirait des taux plus élevés de consommation d'alcool et de drogues (Arnett, 2005; Borsari et Carey, 2001; Kandell et Raveis, 1989; Schulenberg et Maggs, 2002; White et Jackson, 2005).

Enfin, la vie adulte émergente est caractérisée par de nombreuses possibilités et par l'optimisme des adultes de 18-25 ans face à celles-ci. Ainsi, les adultes émergents peuvent s'engager dans des comportements de consommation sans en anticiper les conséquences négatives possibles à moyen et long termes (Arnett, 2005; Weinstein, 1989).

1.4.2 Causes et motivations à l'utilisation problématique de substances

En plus d'être un phénomène culturel (Donovan, Jessor et Jessor, 1983; Fillmore, Johnstone, Leino et Ager, 1993; Schulenberg et Maggs, 2002) et développemental (White et Jackson, 2005; Arnett, 2005; White et al., 2005), la dépendance aux substances psychoactives chez les adultes émergents serait influencée par certains motifs et attentes motivant cette conduite addictive (Kong et Bergman, 2010; Read, Wood, Kahler, Maddock et Palfay, 2003).

Sans être spécifiques aux adultes émergents, quatre types de motifs de consommation liés au processus cognitif impliqués dans la prise de décision face à la consommation sont identifiés : les motifs sociaux, les motifs de renforcement, les motifs d'adaptation aux affects négatifs et les motifs de conformité (Kong et Bergman, 2010; Read et al., 2003). Les motifs sociaux sont des motivations fondées sur les effets positifs des psychotropes dans des situations sociales. Les motifs de renforcement sont, quant à eux, des motivations liées aux effets positifs que produira la consommation. Les motifs d'adaptation aux affects négatifs sont des motivations à l'utilisation de la consommation de psychotropes afin d'améliorer ou de rendre plus tolérable des émotions négatives. Enfin, les motifs de conformité sont des motivations à consommer une substance par imitation des pairs et pour éviter le rejet (Read et al., 2003; Kong et Bergman, 2010). La consommation de psychotropes chez les adultes émergents semble moins liées à des motifs de conformité et d'adaptation aux affects négatifs, mais plutôt à des motivations positives telles que d'apprécier des situations sociales ou obtenir des sensations physiques positives (Cooper, Frone, Russell et Mudar, 1995; Kong et Bergman, 2010; Read et al., 2003).

Si certaines motivations (recherche de sensations positives) jouent un rôle dans la prise de psychotropes, d'autres motivations (conséquences négatives) ont été identifiées comme étant des facteurs centraux dans le traitement des dépendances (Kludt et Perlmutter, 1999). Ainsi, la présence d'une forte motivation à consommer associée à une faible motivation à modifier sa consommation sont associées aux échecs quant à l'engagement, à la persistance et au succès dans un traitement. En traitement de la dépendance, lorsqu'il est question de motivation au changement, la thérapie transthéorique de Prochaska et DiClemente (1982) aussi appelée l'approche motivationnelle est la plus reconnue. Il est clairement démontré dans la littérature portant sur la rétention dans les services que tant les sources de motivations internes qu'externes sont associées à un niveau plus élevé de persistance dans le traitement (Miller, 1985; Simpson et Joe, 1993). Les facteurs externes comprennent habituellement les pressions de différents milieux tels la famille, le milieu de travail, le système de justice et d'assistance sociale. Les facteurs de motivation interne sont plutôt les perceptions de l'individu de l'importance de la démarche dans le traitement, sa disposition à changer et ses objectifs de traitement (Mertens et Weisner, 2000; Simpson et Joe, 1993; Weisner et al., 2001).

1.5 Approche motivationnelle

La thérapie transthéorique repose sur un modèle complet de changement chez les individus. Ce modèle part du principe que dans le domaine des dépendances, tous les clients participant à un traitement ne s'améliorent pas, ne se rétablissent pas de la même manière. En ce sens, plusieurs variables propres aux individus et aux traitements seraient impliquées dans la réussite ou l'échec d'une démarche thérapeutique (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992). Le modèle de changement proposé par Prochaska et DiClemente (1982) serait approprié à la compréhension de la modification du comportement chez la clientèle présentant une dépendance, car il propose un modèle expliquant les processus impliqués dans la modification volontaire d'un comportement par un individu.

Le modèle présenté par Prochaska et Diclemente (1982) comprend cinq étapes de changement à travers lesquelles les individus progressent : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien. La précontemplation est caractérisée par une non-reconnaissance des problèmes. Les individus ne voient pas la pertinence de modifier leurs comportements dans un futur rapproché. Leur présence dans les services provient généralement de pression externe. Les changements effectués s'éteignent suite au retrait de cette pression. Les individus en phase de contemplation sont conscients du problème et envisagent changer. Par contre, ils ne sont pas prêts à se mettre en action et effectuer les gestes nécessaires pour réaliser ce changement. L'évaluation des aspects positifs et négatifs à la consommation et son arrêt est un élément très présent au cours de cette phase. Les avantages perçus de la consommation et les coûts associés à l'arrêt sont un obstacle au changement. L'étape de la préparation réunit l'intention de changer ainsi que des critères comportementaux. Les actions nécessaires au changement sont prévues dans un futur rapproché pour ces individus. La modification de certains comportements a été entamée, sans toutefois satisfaire les critères de la phase d'action. Les individus en phase d'action modifient leurs comportements, leurs expériences ou leur environnement pour atteindre leurs objectifs face au comportement problématique. Cette phase demande un niveau d'engagement sur le plan du temps et de l'énergie investie. La modification du comportement cible et des efforts manifestes visant le changement caractérisent cette phase. Les individus en phase de maintien continuent les changements faits lors de la phase d'action afin de prévenir la rechute et de maintenir leurs acquis. La phase de maintien peut persister pour une durée indéterminée (Prochaska et al. 1992).

La progression à travers les phases de changement se fait rarement de manière linéaire. En effet, la rechute est fréquente chez les individus qui tentent de résoudre leur problème de consommation. Suite à la rechute, les individus peuvent retourner à une phase antérieure du modèle de changement (Prochaska et al., 1992). Certains peuvent retourner à la précontemplation, mais la majorité retournent aux phases de contemplation ou d'action (Prochaska et al., 1992). Les individus vivant une rechute apprennent de leurs erreurs et peuvent repasser à travers les phases de changement avec succès (Prochaska et al., 1992).

Des études réalisées sur diverses populations révèlent que le niveau de motivation au changement chez la clientèle faisant une utilisation problématique de substances prédit l'engagement et les résultats du traitement (Goodman, Peterson-Badali et Henderson, 2011). Chez les jeunes adultes, la motivation au changement est souvent teintée d'ambivalence liée à leur mode de vie. Par exemple, il est reconnu que le fait d'être âgé de moins de 30 ans compte parmi les facteurs les plus fortement associés à l'abandon hâtif des services en dépendance (Ball et al., 2006).

1.6 Importance de la persistance dans les services dans le traitement des dépendances

La persistance dans les services est un élément clef du succès de la démarche thérapeutique en traitement des dépendances, tant pour les adultes que pour les adolescents (Melnick et al., 1997). Des améliorations comportementales significatives ont lieu de l'initiation à la clôture d'une démarche de traitement en dépendance (Joe, Simpson et Broome, 1998) et il a été démontré à de nombreuses reprises que le traitement de la dépendance est efficace (Melnick et al., 1997). Or, ces résultats bénéfiques du traitement sont liés directement à la persistance dans les services (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson et Etheridge, 1997; Joe et al., 1998; Simpson, Joe et Brown, 1997c). Cependant, De Leon, Melnick et Kressel (1997) soulignent que l'abandon du traitement est la norme pour l'ensemble des modalités de traitement en dépendance et que la majorité des clients qui y sont admis n'y demeurent pas assez longtemps pour en retirer les bénéfices (Melnick et al., 1997; Palmer et al., 2009; SAMHSA, 2006). En effet, les adolescents abandonnant le traitement en dépendance avant sa complétion sont moins susceptibles de démontrer des améliorations de leur condition (Mensingher, Diamond, Kaminer et Wintersteen, 2006). L'abandon du traitement avant sa complétion est pourtant l'un des facteurs principaux affectant l'efficacité des traitements en dépendance (Ball et al., 2006; Kludt et Perlmutter, 1999; Stark, 1992). L'abandon des traitements est fortement associé à la rechute chez la clientèle dépendante (Kludt et Perlmutter, 1999; Stark, 1992). Les auteurs s'entendent pour dire qu'un

minimum de trois mois en service serait nécessaire pour enclencher un processus de changement (Simpson, 1981; Simpson et Joe, 1993).

Or, les adultes émergents se présentent moins dans les services de traitement en dépendance et lorsqu'ils s'y présentent, ils y demeurent moins longtemps (Smith et al., 2010). Les caractéristiques propres aux adultes émergents pourraient expliquer cet abandon hâtif des traitements en dépendance (Arnett, 2000, 2007). L'exploration identitaire pourrait amener les adultes émergents à changer d'idée par rapport à leur consommation de psychotrope et ainsi abandonner un traitement entamé. L'instabilité démographique retrouvée chez les adultes émergents pourrait également contribuer à ce que les adultes émergents abandonnent le traitement en dépendance de manière hâtive en lien avec des déménagements ou autre changement. Le caractère autocentré occasionné par le contrôle social et responsabilités moindre propre à la période adulte émergente pourrait finalement contribuer à cette faible persistance dans le traitement. En effet, la pression exercée chez les adultes plus âgés ou chez les adolescents étant absente, il se peut que l'abandon du traitement en dépendance se fasse plus facilement chez les adultes émergents.

Plusieurs études se sont intéressées aux facteurs associés à l'abandon dans les traitements en dépendance. Dans les études ayant porté une attention particulière aux variables sociales, démographiques et aux variables liées aux traitements, les résultats ne permettent pas d'en arriver à une compréhension complète du phénomène de l'abandon des traitements (Kludt et Perlmutter, 1999; Stark, 1992). Mensinger et al. (2006), rapportent que les études traitant des variables statiques (variables démographiques stables) des clients et thérapeutes n'ont pas permis la création de modèles d'engagement pouvant diminuer les problèmes liés à l'abandon du traitement. Une recension des études traitant de ce phénomène pour les traitements en communautés thérapeutiques en dépendance en vient à la conclusion que les variables dynamiques, décrivant des caractéristiques changeantes des clients (par exemple les facteurs motivationnels), sont plus pertinentes à l'étude de l'abandon dans le traitement que les variables décrivant des caractéristiques stables des individus (par exemple les facteurs démographiques) (Condelli et de Leon, 1993; De Leon, 1991; Melnick et al., 1997)

Plusieurs auteurs rapportent que la motivation et la préparation au traitement sont des facteurs critiques pour l'abandon dans les traitements (Palmer et al., 2009; Melnick et al., 1997; Joe et al., 1998). Les sources et niveaux de motivation semblent également avoir un impact sur l'abandon du traitement. Une motivation externe à entamer un traitement (tel qu'une référence coercitive du système de justice) est associée à un taux d'attrition plus élevé et les clients autoréférés atteignent les taux d'attrition les plus faibles (Altman, Evenson et Cho, 1978; Baekeland et Lundwall, 1975; Ryan, Plant et O'Malley, 1995). Ainsi, la persistance dans le traitement serait associée à une auto-détermination au changement (Deci et Ryan, 1985; Ryan et al., 1995) et à un stade de préparation au changement plus élevé (Joe et al., 1998; Prochaska et al., 1992).

2. QUESTIONS DE RECHERCHE

En somme, si les adultes émergents sont à haut risque de présenter un problème de consommation de psychotropes, peu ou pas de services leurs sont spécifiquement destinés (Rapports annuels, CRD du Québec, 2011-2012). De plus, ils sont peu à persister dans les services en dépendance (Smith et al., 2010). Ceci pose problème, puisque la vie adulte émergente est une période importante dans le développement des individus. En effet, c'est au cours de ces années que l'acquisition d'expériences jetant les bases pour leur vie adulte et qu'ils compléteront des études permettant leur insertion socioprofessionnelle (Arnett, 2000, 2007). Ainsi, une problématique de dépendance aux psychotropes au cours de cette période de vie pourrait avoir un impact négatif sur des éléments importants pour le futur.

En lien avec le portrait particulier des adultes émergents présentant une dépendance aux psychotropes, il est possible de faire l'hypothèse que la gravité de leur consommation, leurs différentes sources de motivation (externes ou internes) ainsi que leur niveau de motivation permettraient de prédire leur abandon du traitement (Ryan et al., 1995, Prochaska et al., 1992;

Mensingher et al., 2006)). Cette hypothèse élaborée dans le cadre de ce projet de recherche peut être transposée en questions de recherche.

- I. Existe-t-il une association entre la motivation et l'abandon du traitement pour les adultes émergents recevant des services de traitement des dépendances?
- II. Existe-t-il une association entre l'abandon du traitement et les sources de motivation (motivation interne ou externe) des individus âgés entre 18 et 25 ans?

DEUXIÈME CHAPITRE

LA RECENSION DES ÉCRITS

Dans ce deuxième chapitre, la méthode de recension est tout d'abord présentée. Ensuite, les caractéristiques méthodologiques principales des études recensées ainsi que leurs résultats sont présentés en fonction des objectifs de recherche. Finalement, une synthèse des résultats incluant les limites des études recensées est présentée afin d'aborder les objectifs et la méthodologie de ce projet de recherche.

1. MÉTHODE DE RECENSION

De manière à identifier les études pertinentes, différentes banques de données informatisées ont été consultées. Ces banques de données sont PsychINFO, ERIC et Medline with full text. Divers mots-clefs ont été utilisés et la recherche documentaire s'est perpétuée jusqu'à ce que toutes les combinaisons de mots-clefs aient été recherchées dans chaque banque de données. Aucune limite temporelle n'a été mise aux recherches, portant ainsi sur les études publiées entre 1986 et aujourd'hui.

Pour réaliser la recherche documentaire, l'ensemble des termes suivants ont été utilisés : « emerging adulthood » AND « persistence in treatment OR duration in treatment OR treatment retention OR treatment dropout OR treatment » AND « retention OR attrition OR dropout OR persistence » AND « motivation » OR readiness » AND « substance abuse treatment OR alcohol abuse treatment OR drug abuse treatment OR drug addiction treatment ». AND « dependence OR drug addiction OR drug abuse OR drug use OR substance abuse OR substance use OR substance use disorder OR alcohol abuse OR alcohol use OR alcoholism ».

Une première recherche a été effectuée en intégrant le concept de traitement à celui de la rétention et en utilisant le reste des variables à l'étude (« persistence in treatment OR duration in treatment OR treatment retention OR treatment dropout OR treatment »). Cette recherche documentaire a permis d'identifier 6 articles.

Une seconde recherche documentaire a été faite, le terme « treatment » a été retiré et l'ensemble des autres variables à l'étude ont été utilisées, aucun article n'a été identifié lors de cette recherche documentaire.

Une troisième recherche documentaire a été réalisée en intégrant le terme « treatment » au concept d'abus de substance et en utilisant l'ensemble des autres variables à l'étude. Cette recherche documentaire n'a permis d'identifier aucun article.

Une quatrième recherche documentaire a été faite à l'aide des termes en utilisant tous les termes associés aux variables à l'étude, sauf le terme « emerging adulthood ». Lorsque le nombre de résultats le permettait, un filtre était sélectionné afin de spécifier le groupe d'âge recherché. Dans la banque de données PsychINFO le filtre sélectionné était : « young adulthood (18-29 yrs) ». Dans la banque de données Medline with full text, le filtre sélectionné était : « young adult: 19-24 years ». Dans la banque de données ERIC, aucun filtre n'était disponible. Cette recherche documentaire a permis d'identifier 302 articles.

Une cinquième recherche documentaire a été réalisée en intégrant le terme « treatment » au concept d'abus de substance (« substance abuse treatment OR alcohol abuse treatment OR drug abuse treatment OR drug addiction treatment ») et en utilisant toutes les variables à l'étude sauf le terme « emerging adulthood ». Lorsque le nombre de résultats le permettait, les filtres présentés dans le paragraphe précédent étaient sélectionnés afin de spécifier le groupe d'âge recherché. Cette recherche documentaire a permis d'identifier 61 articles.

Les recherches documentaires ont donné un total de 369 articles¹. Une première sélection a été faite. Les articles traitants d'évaluation de programme dans lesquels la motivation n'était pas étudiée (105) et d'évaluation d'outil de mesure (7) ont été rejetés. Les articles traitant exclusivement de clientèles ayant des besoins spécifiques (36), tels les consommateurs d'opiacés, les individus ayant un double diagnostique de dépendance et de santé mentale et les personnes judiciarisées, ou de services particuliers (3) soit un programme de traitement par correspondance, un traitement web et un programme pharmacologique ont été rejetés. Les articles portants sur la dépendance à la cigarette (8) ont aussi été rejetés. Les articles en langue étrangère (1) et provenant de pays dont la réalité est peu comparable à la réalité nord-américaine (5) ont été mis de côté. Finalement 1 article a été rejeté, car ce n'était pas une source primaire et 5 articles n'étaient pas disponibles.

Puis, afin de retenir uniquement les articles traitants de l'impact de la motivation sur l'abandon du traitement chez la clientèle dépendante, les manuscrits ont été étudiés plus en profondeur. Ainsi, les articles où l'une des variables à l'étude était absente (motivation, abandon du traitement, adultes émergents) (74), où il y avait présence de variables médiatrices étrangères aux variables à l'étude (tel que l'espoir) (2) ou qui portaient sur l'attrition pré-traitement (2) ont ainsi été mis de côté. Les études restantes ont été lues de manière plus approfondie et un article traitant de la clientèle adulte émergente a été retenu.

Vu le nombre insuffisant d'études retenues pour la recension des écrits, les critères de recension [(inclusion : adultes émergents, motivation au traitement, persistance dans les services, présence d'un programme de traitement); (exclusion : évaluation de programme, évaluation d'outils de mesure, clientèles ayant des besoins spécifiques, services particuliers, dépendance à

¹ Ce nombre d'article équivaut à l'ensemble des résultats recensés dans toutes les banques de données consultées. Certains articles sont donc comptabilisés à plus d'une reprise, comme ils étaient présents dans plus d'une banque de données.

la cigarette, langue étrangère, pays dont la réalité est différente de celle en Amérique du Nord]) ont été élargis et les articles trouvés au cours de la recension ont été à nouveau examinés. Ainsi, 1 article traitant de la clientèle adulte émergente bien qu'il s'agisse d'une population criminalisée a été retenu. Quatre articles comprenant les critères d'inclusion de traitement, persistance et motivation dont l'échantillon comprenait des adultes âgés entre 18 et 25 ans, bien que n'en traitant pas de manière exclusive, ont été rajoutés. Le nombre d'études étant toujours limité, une étude traitant d'une clientèle criminalisée et ne correspondant pas au critère d'âge, mais recevant des services de Centre de réadaptation en dépendance publics du Québec a également été retenue. Un article traitant de l'intégralité des critères, mais portant sur la clientèle adolescente a également été retenu malgré que ce groupe d'âge soit différent des adultes émergents.

Les huit études retenues ont été analysées à l'aide de tableaux de recension présentés à l'annexe A. Les tableaux font d'abord ressortir les auteurs ainsi que l'année de publication, les titres et les objectifs de recherche des études retenues. L'échantillon est ensuite décrit en terme d'âge, de race, de sexe, du nombre de participants, de substance principale de consommation, de présence d'un diagnostic d'abus, de dépendance ou du critère pour évaluer la consommation ainsi que des autres caractéristiques propres à la clientèle de chaque étude. La définition de la motivation utilisée par les auteurs, si disponible, est ensuite rapportée ainsi que le type de service offert aux participants de l'étude. Une description des outils de mesure et de la méthodologie de recherche de chacune des études est présentée dans les tableaux de recension. Les résultats des études sont rapportés dans les tableaux de recension de manière à faire ressortir les variables pouvant répondre aux questions de recherche. Ainsi, les résultats portant sur la motivation, l'abandon et la relation entre ces deux variables sont relevés. Les résultats traitant de l'effet de la gravité de la consommation sur les deux variables principales sont également rapportés. Finalement, les recommandations des auteurs ainsi que les limites méthodologiques identifiées par les auteurs sont présentées.

2. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES

Un tableau comparatif des études recensées est présenté à l'annexe B. En ce qui a trait à la méthodologie de recherche, une étude est de type rétroactif et de devis corrélationnel descriptif (Ball et al., 2006). Deux études sont de nature transversale, une utilise un devis corrélationnel descriptif (Palmer et al., 2009) et une a un devis comparatif (Melnick et al., 1997). Cinq études sont de type longitudinal, une d'entre elles a un devis corrélationnel (Mensingher et al., 2006), deux ont un devis comparatif (Kelly, Urbanoski, Hoepfner et Slaymaker, 2012; Joe et al., 1998) et une a un devis descriptif comparatif (Sinha, Easton et Kemp, 2003). Sept de ces études utilisent des mesures quantitatives uniquement (Ball et al., 2006; Melnick et al., 1997; Brochu et al., 2006; Joe et al., 1998; Kelly et al., 2012; Mensinger et al., 2006; Sinha et al., 2003) et une étude utilise un devis mixte (Palmer et al., 2009).

En ce qui a trait à l'échantillonnage, sept études utilisent un échantillon de participants adultes (Ball et al., 2006; Brochu et al., 2006; Joe et al., 1998; Kelly et al., 2012; Melnick et al., 1997; Palmer et al., 2009; Sinha et al., 2003). L'une d'entre elle porte sur un échantillon composé d'adolescents (Mensingher et al., 2006) et deux études portent spécifiquement sur la clientèle adulte émergente (Kelly et al., 2012; Sinha et al., 2003). La provenance des participants constituant les échantillons est les États-Unis pour toutes les études sauf une, les participants de l'étude de Brochu et al. (2006) proviennent du Québec.

Deux échantillons comptent seulement des participants provenant de références faites par le système de justice (Brochu et al., 2006; Sinha et al., 2003). Les références faites par le système de justice représentent également une partie des échantillons de trois autres études, l'autre partie de l'échantillon provenant d'autoréférences (Ball et al., 2006; Mensinger et al., 2006; Palmer et al., 2009). Pour les trois autres études, les méthodes de référence des participants ne sont pas spécifiées (Melnick et al., 1997; Joe et al., 1998; Kelly et al., 2012).

En ce qui concerne le type de psychotropes considérés, une étude porte spécifiquement sur l'abus ou la dépendance à la marijuana (Mensingher et al., 2006). Les autres études portent sur la consommation d'alcool ou de drogue de clients ayant accès à des services de traitement en dépendance. Les principales substances étudiées sont la marijuana, l'alcool, la cocaïne, les opiacés, les amphétamines et les hallucinogènes.

En terme de traitements offerts à la clientèle, quatre études portent exclusivement sur des traitements externes (Sinha et al., 2003; Palmer et al., 2009; Mensinger et al., 2006; Ball et al., 2006). Une étude porte sur un échantillon bénéficiant de traitement résidentiel (Kelly et al., 2012) et une étude porte sur un échantillon recevant un traitement en communauté thérapeutique (Melnick et al., 1997). Dans deux études, les auteurs s'intéressent aux traitements internes et externes (Joe et al., 1998; Brochu et al., 2006). L'étude de Joe et al. (1998) inclue également un échantillon de participants recevant un traitement à la méthadone. Dans deux études, il est spécifié que des modalités de traitement individuel et de groupe sont offertes aux clients (Brochu et al., 2006; Sinha et al., 2003). L'étude réalisée par Mensinger et al. (2006) traite de services incluant des manuels et de type individuel, de groupe, familial ou multicomposantes.

Les critères d'abandon au traitement sont variés d'une étude à l'autre. Cinq études utilisent un critère positif de persistance, de présence ou de rétention dans les services (Brochu et al., 2006; Joe et al., 1998; Melnick et al., 1997; Mensinger et al., 2006; Sinha et al., 2003), deux études utilisent un critère d'abandon des services (Palmer et al., 2009; Ball et al., 2006) et une étude ne spécifie pas de critère (Kelly et al., 2012). Une étude utilise un nombre de jours d'absence (Ball et al., 2006) et deux études utilisent un nombre de jours en service (Joe et al., 1998; Melnick et al., 1997) pour mesurer la persistance dans les services. Deux études utilisent des mesures de présence au traitement en termes de nombre de jours (Mensingher et al., 2006; Sinha et al., 2003) et une étude utilise le nombre d'heures d'exposition (Brochu et al., 2006). Deux études ne spécifient pas de mesure de l'abandon des services (Melnick et al., 1997; Palmer et al., 2009).

Une seule étude présente la définition de la motivation utilisée. Joe et al. (1998) spécifient traiter de motivation intrinsèque et extrinsèque et font usage des modèles théoriques de Prochaska et al., (1992) et de De Leon et al. (1996). Pour les autres études, bien qu'il ne soit pas précisément indiqué, l'analyse des outils de mesures utilisés pour évaluer la motivation permet de déduire le type de motivation auquel se sont intéressés les auteurs. Le modèle transthéorique de Prochaska et al. (1992) est le modèle de référence dans deux autres études (Ball et al., 2006; Sinha et al., 2003). Quatre études font référence à la motivation et préparation au changement (Palmer et al., 2009; Melnick et al., 1997; Joe et al., 1998; Brochu et al., 2006). L'étude de Mensinger et al. (2006) traite de préparation au traitement. La motivation à l'abstinence est traitée dans l'étude de Kelly et al. (2012).

3. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES RÉSULTATS ÉTUDES RECENSÉES

3.1 Impact de la motivation sur l'abandon du traitement

Les études traitant de l'abandon du traitement établissent un lien entre les inconstances motivationnelles ou le manque au niveau de la motivation et l'abandon des services. Ainsi, Ball et al. (2006) rapportent qu'environ la moitié de l'échantillon attribue leur abandon du traitement à une faible motivation ou un faible espoir de changement. L'inconstance de la motivation est également associée à l'abandon, par exemple avoir changé d'idée par rapport au programme (46 % de l'échantillon), ne pas avoir de bonnes raisons de cesser de consommer (46 % de l'échantillon), ne pas se sentir assez motivé pour continuer à aller au programme (54 % de l'échantillon) et avoir perdu espoir en leur capacité de changer en ce moment (54 % de l'échantillon). Au total, 83 % des participants qui ont abandonné le traitement rapportaient une raison sur l'échelle d'inconstances motivationnelles dont les éléments sont énumérés ci-haut ($r=0,31$)².

² Les valeurs statistiques présentées pour cette étude sont les seules valeurs disponibles dans l'article, la valeur de p n'est pas indiquée, limitant ainsi l'interprétation qu'il est possible de faire des résultats.

Les résultats de Palmer et al. (2009) démontrent que les clients ($t(20)=6,04$, $p=0,001$) et les cliniciens ($t(21)=10,07$, $p=0,001$) rapportent significativement plus de raisons motivationnelles, que de raisons associées aux traitements, pour expliquer l'abandon du traitement. Les cliniciens rapportent également que l'abandon est lié de manière significative à un manque de motivation à se présenter aux rendez-vous ($F(1,41)=13,32$, $p=0,001$) et au faible espoir dans la capacité de changer chez les clients ($F(1,41)=4,09$, $p=0,05$)³. Lors de groupes de discussion, les clients rapportent que la motivation et la préparation au changement font partie des principales raisons pour abandonner le traitement. Quant à eux, les cliniciens rapportent le manque de motivation et la préparation au changement comme les plus importantes raisons associées à l'abandon (Palmer et al., 2009).

Par des analyses de régression de survie, Brochu et al. (2006) rapportent, quant à eux, que les motivations extrinsèques prédisent significativement le risque d'abandon. Plus la motivation extrinsèque est élevée, plus le risque d'abandon est faible. L'importance perçue de la pression judiciaire a un impact positif sur la persévérance en traitement de ceux qui sont en attentes d'accusation, procès ou sentence : elle réduit les risques d'abandon d'environ 426 % ($\text{Exp}(B) = 0,235$, $dl=1$, $p=0,006$).

Pour Mensinger et al. (2006), une motivation ou une préparation au changement plus élevée augmente la persistance dans les traitements et la présence aux sessions de traitement. En effet, une préparation élevée au traitement est associée à une participation plus élevée aux séances de traitement selon les cliniciens ($r=-0,429$, $p=0,001$) et les clients adolescents ($r=-0,181$, $p=0,001$)⁴. Ils rapportent une association significative entre un score élevé aux échelles de préparation au traitement du Perceived Barriers to Treatment (PBT, Diamond et Kaminer, 1998) [obstacles pratiques ($r=-0,35$, $p=0,000$) préparation au traitement ($r=0,31$, $p=0,000$), compatibilité des services ($r=0,32$, $p=0,000$) et pertinence des services offerts ($r=0,37$, $p=0,000$)] et le nombre de sessions auquel les participants ont assisté.

³ Le degré de liberté utilisé n'est pas disponible pour cette étude.

⁴ Le degré de liberté utilisé n'est pas disponible pour cette étude.

Les résultats de Joe et al. (1998) vont dans le même sens. Leur étude démontre que la préparation au traitement, mesurée à l'aide de trois échelles tirée de l'analyse psychométrique du Circumstances, Motivations, Reandiness and Suitability (CMRS) (De Leon et Jainchill, 1986; Joe et al., 1998) et correspondant aux étapes de préparation au traitement de Simpson et Joe (1993) est le prédicteur le plus significatif de la rétention pour les traitements résidentiels à long terme ($t=5,27$, $p=0,0001$) et pour les services externes de traitement à la méthadone ($t=2,23$, $p=0,045$)⁵.

Melnick et al. (1997) rapportent également une relation entre la motivation et la persistance dans le traitement. Chacune des échelles du CMRS (De Leon et Jainchill, 1986), comprenant une échelle de motivation et de préparation au changement, ainsi que le score total sont significativement corrélés au nombre de jours dans les traitements pour l'ensemble de l'échantillon. Chez les adolescents en communauté thérapeutique et en communauté thérapeutique urbaine, des analyses univariées révèlent que ceux ayant des scores élevés de motivation (odds ratio = 1,88 et 2,12, $p=0,001$) sont deux fois plus susceptibles d'être dans les traitements après 45 jours par rapport à ceux ayant des scores faibles (odds ratio=1.00 pour les deux groupes, $p=0,001$). Les adultes ayant des scores élevés de motivation (odds ratio =1,51, $p=0,001$) sont 1,5 fois plus persistant dans le traitement que ceux ayant des scores faibles (odds ratio =1.00, $p=0,001$)⁶. De plus, les auteurs indiquent que les scores plus élevés au CMRS sont liés au maintien du traitement pour l'ensemble de l'échantillon. Ainsi, en lien avec le niveau de motivation, 61,3 % des adolescents qui ont un faible score de motivation, 63,1 % de ceux qui ont un score moyen faible, 73,2 % de ceux qui ont un score moyen élevé et 85,2 % de ceux qui ont un score élevé persistent dans le traitement après 45 jours.

⁵ Le degré de liberté utilisé n'est pas disponible pour cette étude.

⁶ Le degré de liberté utilisé n'est pas disponible pour cette étude.

3.2 Autres variables interférant sur la relation entre la motivation et l'abandon du traitement

3.2.1 Variables sociodémographiques, individuelles et liées aux services

D'autres variables interfèrent sur la relation entre la motivation et l'abandon du traitement. Dans l'étude de Ball et al. (2006), parmi les variables mesurées (âge, genre, race, éducation, emploi, situation résidentielle, méthode de référence, problèmes familiaux), le statut conjugal est corrélé avec les raisons subjectives d'abandon du traitement rapportées par les participants. Les participants n'ayant jamais été mariés rapportent plus d'inconsistances motivationnelles ($t(22)=3,00$, $p=0,01$) et de gravité des problèmes (problèmes médicaux, gravité de la consommation à l'alcool ou aux drogues, problèmes psychologiques ou de santé mentale) ($t(22)=2,5$, $p=0,02$)⁷.

Chez les adultes (Melnick et al., 1997), les scores au CMRS, incluant une échelle de motivation et une échelle de préparation au traitement, sont le plus grand prédicteur de la persistance 12 mois, suivis du genre et de la race. Ainsi, les hommes persistent davantage dans le traitement (odds ratio=1,49, $p=0,004$) ainsi que les personnes de race afro-américaine (odds ratio=1,27, $p=0,03$). Tandis qu'il n'y a pas de prédicteurs significatifs pour les adolescents du même échantillon.

Joe et al. (1998) démontrent que différentes covariables (âge, statut matrimonial, emploi, utilisation de marijuana, nombre d'arrestations) sont associées à la rétention dans un programme. Pour le programme résidentiel à long terme, les variables âge ($b=0,03$, $p=0,0001$), ne jamais avoir été marié ($b =0,397$, $p=0,001$), être employé ($b =0,16$, $p=0,01$) et être dépendant à l'alcool ($b=0,28$, $p=0,01$) sont associées positivement à la persistance dans le traitement. Tandis que pour les clients dans un programme de traitement externe ce sont uniquement le fait d'être plus âgé

⁷ Le degré de liberté utilisé n'est pas disponible pour cette étude.

($b=0,02$, $p=0,05$) et d'être de race blanche ($b=0,44$, $p=0,0001$) qui sont significativement associés à la persistance dans le traitement.

Mensingher et al. (2006) dans leur étude auprès d'adolescents, ont également trouvé de nombreuses covariables, autres que la motivation, associées significativement à la persistance dans le traitement. Ainsi, faire partie d'une minorité culturelle ($F(1,57)=13,60$, $p=0,000$), vivre avec un seul parent ($F(1,57)=10,88$, $p=0,001$), avoir plus de problèmes de conduites chez le jeune tel que rapportés par les parents ($r=-0,144$, $p=0,001$), la gravité de la consommation chez le jeune selon les parents ($r=-0,199$, $p=0,000$), être suivi par un thérapeute d'une race différente à la tienne ($F(1,574)=34,35$, $p=0,000$), être suivi par un thérapeute avec plus d'années d'expérience ($r=-0,139$, $p=0,001$) et être assigné à un protocole de traitement plus long ($r=-0,273$, $p=0,000$) sont autant de covariables associées à une moins bonne persistance dans le traitement. Malgré l'influence de ces nombreuses covariables, il demeure que 4,9 % ($b=0,226$, $p<0,001$) de la variance de la présence au traitement est expliquée par la préparation au traitement telle qu'évaluée par la perception du clinicien 1,4 % ($b=0,119$, $p<0,01$) et la perception des clients (Mensingher et al., 2006).

3.2.2 Âge des participants

Les résultats rapportés par les différents auteurs quant à l'impact de l'âge sur la motivation vont tous dans le même sens. Un âge plus élevé est associé à des niveaux de motivation plus élevés. Les résultats de Melnick et al. (1997), qui portent sur un échantillon d'adolescents âgés de moins de 18 ans et d'adultes indiquent que la motivation et la préparation au traitement augmentent avec l'âge, la moyenne à chaque échelle du questionnaire de motivation et au score total augmente avec l'âge (14-18 ans = 77 à 89, 19-20 ans = 90, 21-26 = 93 et 27 ans et += 94, $p=0,01$). Une relation positive linéaire est identifiée entre l'âge et les résultats au questionnaire de motivation, l'âge est le facteur influençant le plus les scores au questionnaire de motivation. Les résultats de Sinha et al. (2003), où des adultes de 18 à 25 ans sont comparés à des adultes de 26 à 45 ans abondent dans le même sens. Les résultats indiquent que les 18-25 ans obtiennent des scores significativement plus élevés à la phase de

précontemplation ($F(1,344)=10,8$, $p=0,001$) et significativement plus faibles au stade de la contemplation ($F(1,338)=12,6$, $p=0,000$), de l'action ($F(1,337)=8,6$, $p=0,004$) et du maintien ($F(1,337)=12,3$, $p=0,001$)⁸ que les 26-45 ans.

Les résultats traitants de l'impact de l'âge sur l'abandon du traitement ne sont quant à eux pas unanimes. Dans leur étude portant sur un échantillon d'adultes, Joe et al. (1998) démontrent que l'âge est une covariable positivement associée à la rétention pour le service résidentiel à long terme (augmentation de 3,2 % de la rétention par année, $b=0,03$, $p=0,001$) et pour les services externes de traitement à la méthadone (augmentation de 2 % de la rétention par année, $b=0,02$, $p=0,05$). Il semblerait alors que plus l'âge augmente, plus les clients persistent dans les traitements en dépendance. Cependant, les résultats de Melnick et al., (1997) démontrent que les taux de persistance dans le traitement entre les adultes (19-27 ans+ : 31,1 %) et adolescents (16-19 ans : 29,5 %)⁹ sont similaires. Ainsi, pour ces auteurs l'âge ne serait pas associé à la persistance dans le traitement. Les analyses confirment donc une relation entre l'âge et le niveau de motivation, mais pas entre l'âge et la persistance dans le traitement (Melnick et al., 1997). Dans le même ordre d'idée, Sinha et al. (2003) ne trouvent pas de différence significative sur la persistance dans le traitement ($F(1,431)=1,0$, $p=0,305$) ni la présence aux séances de traitement ($F(1,426)=0,457$, $p=0,499$) entre les 18-25 ans et les 26-45 ans, et ce, malgré les différences dans la motivation. Par contre, il y a un pourcentage significativement plus élevé des 18-25 que de 26-45 ans qui n'ont pas complété le traitement avec succès (critère d'abstinence) (65 % vs 54 %) ($X^2=5,04$, $p=0,016$).

3.2.3 Gravité de la consommation

Les différents auteurs s'étant intéressés à l'impact de la gravité de la consommation sur la motivation et l'abandon du traitement amènent des résultats divers. Dans leur étude, Ball et al.

⁸ Le degré de liberté utilisé n'est pas disponible pour cette étude.

⁹ La valeur de p n'est pas disponible dans cette étude.

(2006) rapportent qu'il y a peu d'associations entre les indicateurs de gravité des symptômes liés à la consommation (fréquence et durée de la consommation, traitements antérieurs, difficultés psychosociales liées à la dépendance) et les raisons d'abandon nommées par les participants ($r=0,55$)¹⁰. Brochu et al. (2006), quant à eux, soulèvent que la gravité de la consommation d'alcool est liée à la persistance dans le traitement. En effet, plus la consommation est grave, moins les risques d'abandon sont élevés ($\text{Exp (B)}=0,97$, $p=0,046$)¹¹. Les résultats de Joe et al. (1998) démontrent, pour leur part, que l'utilisation hebdomadaire et une consommation plus élevée de marijuana est liée négativement à la persistance dans le traitement ($b=-0,14$ $p=0,05$). Dans leur étude, Mensinger et al. (2006) rapportent qu'une utilisation importante de substances chez le jeune telle que rapportée par les parents est corrélée à une plus faible présence aux sessions de traitement ($r=-0,199$, $p=0,000$). Les adolescents les utilisateurs d'opiacés (odds ratio= 0,63, $p=0,05$) et de cocaïne (odds ratio= 0,65, $p=0,05$) par rapport aux utilisateurs de marijuana (odds ratio= 1,00)¹² ont une persistance dans le traitement plus faible (Melnick et al., 1997).

3.2.4 Types de services et méthode de référence

Des différences sont rapportées quant à l'influence des modalités de services (externes et internes) sur la motivation et l'abandon du traitement. Cependant, une seule étude traite de cette influence. Des différences inter-groupes sont relevées par Joe et al. (1998) quant à la persistance dans le traitement. Il existe des différences significatives dans les taux de rétention entre les trois modalités de service [(résidentiel à long-terme : variance des composantes = 0,21 X^2 (17, $N=2265$)=107,67, $p=0,001$, service externe sans drogue : variance des composantes =0,55 X^2 (15 $N=1791$) $p=0,001$, service externe de traitement à la méthadone : variance des composantes =0,77 X^2 (12, $N=981$ $p=0,001$)], en contrôlant les covariables démographiques et contextuelles (âge, statut marital, emploi, dépendance à l'alcool, statut légal, utilisation hebdomadaire de

¹⁰ Les autres valeurs statistiques, dont la valeur du p, ne sont pas indiquées, limitant ainsi l'interprétation possible des résultats.

¹¹ Le degré de liberté n'est pas spécifié pour ce résultat.

¹² La valeur du p n'est pas spécifiée pour ce résultat.

marijuana, nombre d'arrestations à vie). Les différences dans la persistance dans le traitement des clients ne peuvent donc pas être expliquées par des variations des covariables démographiques et contextuelles entre les échantillons. Il est possible de supposer que ces différences puissent être attribuables à la nature des services offerts ou au niveau de la motivation des clients.

Deux études rapportent également des différences quant au type de référence, les clients référés législativement (odds ratio=1,31, $p=0,05$) par rapport aux admissions volontaires (odds ratio=1,00)¹³ avaient des ratios de probabilité de persistance de 45 jours en service plus faibles (Melnick et al., 1997), tandis que Joe et al. (1998) soulèvent que d'avoir un statut légal ($\beta=0,42$, $p=0,01$) est associé positivement à la persistance dans le traitement.

4. SYNTHÈSE ET LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES

La revue de la littérature avait pour but de répondre à trois questions de recherche. Les résultats des études sélectionnées répondent à certaines d'entre elles, mais rendent également compte du peu de littérature en lien avec ces questions. Une synthèse des connaissances ainsi que la direction que prendra la présente étude sont présentées en fonction des objectifs de l'étude, soit l'impact de la motivation sur l'abandon du traitement, chez la clientèle adulte émergente, en tenant également compte de la gravité de la consommation et des autres variables rapportées dans la littérature.

L'impact de la motivation sur l'abandon du traitement a été peu étudié chez une clientèle d'adultes émergents. Pourtant, cette clientèle est reconnue pour être différente des adultes et des adolescents de par les caractéristiques liées à cette phase développementale (Arnett, 2000). En lien avec cette limite, pour tenter de comprendre cette problématique, les critères de recension

¹³ La valeur du p n'est pas disponible pour ce résultat.

ont été élargis à d'autres groupes. Somme toute, cette recherche non spécifique aux adultes en émergence a permis de constater que l'âge des clients a un impact sur la motivation. Ainsi, de façon unanime, les auteurs concluent qu'un âge plus élevé est associé à des niveaux de motivation plus élevés (Melnick et al., 1997; Sinha et al., 2003). Les résultats de l'impact de l'âge sur l'abandon du traitement sont quant à eux plus partagés. Deux études ne permettent pas d'identifier des différences significatives entre les clients des différents groupes d'âge et la persistance dans le traitement (Melnick et al., 1997; Sinha et al., 2003), alors que dans deux études des différences sont observées (Joe et al., 1998; Melnick et al., 1997). Les auteurs de ces études concluent que les clients plus âgés ont une meilleure persistance à long terme que les clients plus jeunes, car leur motivation au changement persiste sur un plus long terme (Melnick et al., 1997). Cependant, l'étude de Sinha et al. (2003) rapporte une différence significative quant au taux de succès du traitement en fonction de l'âge des participants. Les clients plus âgés terminent davantage leur traitement et ont un taux plus élevé d'abstinence. Bien qu'intéressantes ces données limitent les conclusions qui peuvent être tirées spécifiquement pour les adultes en émergence.

Peu d'auteurs se sont intéressés à distinguer les sources de motivation et à évaluer leur impact sur l'abandon du traitement. L'hypothèse de Sinha et al. (2003) suggère que la pression légale externe n'est pas internalisée chez une clientèle criminalisée d'adultes émergents. Ces données sont corroborées par les résultats de Brochu et al. (2006) obtenus chez une clientèle adulte. En effet, la motivation extrinsèque causée par la pression légale réduirait le risque d'abandon uniquement chez les clients en attente de sentence par rapport à ceux ayant déjà reçu leur sentence ou étant sous disposition légale sans être sous sentence. Toutefois, ces deux études concernent uniquement une clientèle judiciairisée, limitant les possibilités de généralisation à la « population générale des personnes dépendantes ». De plus, dans ces différentes études, les seules sources de motivation évaluées sont des sources de motivations externes. Or, certains individus dépendants présentent aussi une motivation intrinsèque, ce qui n'est pas du tout considéré dans les études consultées.

Les résultats de Joe et al. (1998) ainsi que de Melnick et al. (1997) quant au mode de référence législatif et volontaire au traitement, bien que contradictoire, portent à croire que la présence de motivation externe pourrait avoir un impact sur la persistance dans le traitement. Pour les études ne se limitant pas à une population judiciarisée, les résultats rapportés vont tous dans le même sens, l'abandon du traitement semble généralement lié négativement à la présence de variables motivationnelles (Ball et al., 2006, Palmer et al., 2009), inversement la persistance dans le traitement est liée positivement à la présence de variables motivationnelles (Mensing et al., 2006; Melnick et al., 1997; Joe et al., 1998). Quoiqu'intéressantes, ces études présentent différentes limites, elles ne distinguent pas la nature et les sources de motivation et ne contrôlent pas certaines variables pourtant reconnues dans la littérature pour influencer la motivation et/ou l'abandon dans le traitement en dépendances : l'âge, le sexe et la gravité de la consommation (Melnick et al., 1997.; Mensinger et al., 2006; Palmer et al., 2009; Sinha et al., 2003).

D'autres auteurs ont considéré certaines de ces covariables et ont permis certaines conclusions. Celles étant le plus étudiées et faisant le plus consensus sont la gravité de la consommation. La gravité de la consommation n'aurait pas d'impacts (Ball et al., 2006), des impacts positifs (Brochu et al., 2006) ou négatifs (Joe et al., 1998; Mensinger et al., 2006, Melnick et al., 1997) sur la persistance dans le traitement. Bien qu'une majorité d'auteurs rapportent un impact négatif de la gravité de la consommation sur la persistance dans les traitements, cette divergence de résultats ne permet malheureusement pas de tirer des conclusions concrètes.

Sur le plan des différences entre les modalités de service internes et externes, une seule étude y a porté attention et rapporte que des variables différentes sont associées à la persistance selon le type de service et que les services internes et externes diffèrent sur le plan de la persistance dans les traitements (Joe et al., 1998). Les résultats quant au mode de référence (volontaire ou non volontaire) (Melnick et al., 1997; Joe et al., 1998) sont plutôt contradictoires. Les un rapportent qu'une référence légale est associée à la persistance dans le traitement (Joe et al., 1998) et les autres rapportent l'inverse (Melnick et al., 1997).

Ces différentes conclusions et limites identifiées dans la littérature scientifique actuelle laissent certaines questions en suspens quant à l'impact de la motivation sur l'abandon d'une clientèle d'adultes émergents dans les traitements en dépendance.

5. OBJECTIFS

Pour pallier certaines limites de la littérature, le présent projet s'intéressera à l'impact de la motivation initiale sur l'abandon au traitement en dépendance d'une clientèle adulte émergente (18-24 ans) dans deux CRD du Québec. Plus précisément, les objectifs visent (1) à décrire les stades (précontemplatif, contemplatif, préparation), les sources (consommation, physique, psychologique, familiale et sociale, emploi et ressource, judiciaire) et la nature (intrinsèque ou extrinsèque) de la motivation initiale de la clientèle adulte émergente (18-24 ans¹⁴) fréquentant deux CRD du Québec et (2) à définir si le stade de la motivation initiale au traitement liée à la consommation prédit l'abandon au traitement en contrôlant le sexe, l'âge, le statut conjugal et familial, le nombre de traitements antérieurs, la gravité de la consommation, le mode de référence et les autres sources de motivation initiale au traitement.

6. RETOMBÉES DE L'ÉTUDE

De par sa population cible, l'étude présentée est l'une des rares à porter sur la motivation initiale et l'abandon dans les services des adultes émergents consultant pour un problème de dépendance, sinon la seule au Québec. En effet, seulement deux études recensées ont traité de ces variables chez les 18-24 ans spécifiquement et aucune étude de ce genre n'a été faite au

¹⁴ Bien que les études traitent de la phase développementale adulte émergente comme englobant les individus âgés entre 18 et 25 ans, la présente étude portera sur les individus âgés entre 18 et 24 ans, comme la répartition des groupes d'âge en CRD au Québec est faite ainsi.

Québec. Considérant que la clientèle des adultes émergents est différente des adolescents et des adultes sur le plan de leurs caractéristiques (Arnett, 2000), le présent projet de recherche contribuera à l'avancement des connaissances auprès de cette clientèle spécifique et difficilement rejointe actuellement par les services de traitement en dépendance. De plus, le niveau, les sources et la nature de la motivation initiale seront considérés ainsi que les variables reconnues dans la littérature pour influencer la motivation et/ou l'abandon au traitement en dépendance, soit l'âge et le sexe des clients, le statut conjugal et familial, la gravité de la consommation (Melnick et al., 1997.; Mensinger et al., 2006; Palmer et al., 2009; Sinha et al., 2003). En ce sens, outre l'avancement des connaissances, cette étude permettra d'identifier des pistes d'intervention sur la base du niveau, des sources et de la nature de la motivation initiale au traitement de cette clientèle.

TROISIÈME CHAPITRE

LA MÉTHODOLOGIE

1. MÉTHODOLOGIE

1.1 Devis de recherche

La présente étude quantitative utilise un devis de type rétroactif basé sur la consultation de dossiers cliniques fermés ou inactifs. Ce devis permet de tracer le portrait motivationnel des adultes en émergence fréquentant deux CRD au Québec et d'explorer l'impact de la motivation initiale de ces clients sur l'abandon au traitement qui leur sont offerts.

1.2 Échantillon

L'échantillon est composé de 218 clients provenant de deux CRD du Québec, le CRDM-IU et le CRD de l'Estrie. L'échantillon est de type non probabiliste, réalisé par un échantillonnage aléatoire.

Pour être inclus dans cette étude, les participants devaient (a) être âgés entre 18 et 24 ans au moment du début de l'épisode de service (b) avoir reçu des services d'un CRD au Québec et (c) avoir été évalués à l'aide de l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT, Guyon, Landry, Brochu, Bergeron, 1998) à l'admission dans le traitement. Ont été exclus, les clients (a) ayant consulté pour un traitement en jeu pathologique exclusivement (b) recevant un traitement à la méthadone ou autres substances substituant les opiacés (c) ayant reçu un traitement d'un programme spécifiquement établi pour les personnes ayant un trouble concomitant (d) ayant reçu uniquement des services d'urgence de courte durée (1 à 3 jours) ou (e) ayant bénéficié uniquement du service d'évaluation au tribunal.

Les participants à l'étude étaient de jeunes adultes âgés entre 18 et 24 ans à leur demande de services faites entre 2009 et 2014 à un de deux CRD du Québec. Sur un total de 2446 usagers, 218 dossiers ont été retenus de manière aléatoire pour participer à l'étude, composant un échantillon non-probabiliste. L'âge moyen au début de l'épisode de service était de 21,23 (e.t. = 1,92) ans. Les participants étaient majoritairement de sexe masculin (67 %), célibataires (79,8 %), d'origine canadienne (80,7 %), sans enfant (84%) et certains présentaient un problème de santé mentale (24,8%).

Sur le plan de l'utilisation des traitements, 57,8 % des participants faisaient leur première demande de services en dépendance, 26,6 % faisaient leur deuxième demande de services, 6,9 % leur troisième demande de services, 5 % leur quatrième demande de services et 3,7 % avaient fait plus de quatre demandes de services en dépendance. La majorité des participants étaient autoréférés au traitement (66,5 %), alors que 18,3 % étaient référés par le système judiciaire, 4,6 % par le Directeur de la protection de la jeunesse et 10,6 % par les autres systèmes sociaux (CSSS). Au niveau de l'abandon, 61% des participants n'ont pas complété le programme de traitement (départ sans l'approbation du clinicien, nombre d'absence supérieur au nombre de présence aux séances de traitement).

En ce qui a trait aux substances identifiées comme étant problématique, l'alcool était rapporté par 18,3 %, le cannabis par 28,4 %, la cocaïne par 7,8 %, les amphétamines par 8,3 %, les hallucinogènes par 0,9 %, la méthadone par 0,5 %, les autres sédatifs, tranquillisants et hypnotique par 0,5 %, l'alcool et drogue par 16,1 %, plusieurs drogues par 16,1 % et aucune substance par 3,2 % (il ne s'agit pas ici de données manquantes, mais de participants n'ayant aucune consommation). Toutes substances confondues, l'âge moyen de première consommation est de 12,62 ans (e.t. = 2,36), l'âge moyen d'utilisation régulière est de 14,75 ans (e.t. = 2,51) et le nombre moyen d'années d'utilisation est de 5,77 ans (e.t. = 2,96).

1.3 Déroutement de la collecte de donnée

Les autorisations éthiques du Comité d'Éthique de la Recherche en Toxicomanie (CÉRT) et du Comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales (CER-ESS) ont été obtenues en septembre 2013. Un membre de la direction générale de chaque établissement a été contacté en mai pour vérifier l'ouverture des milieux à participer à ce projet de recherche. Les deux représentants des milieux se sont montrés intéressés et ont accordé l'autorisation à consulter les renseignements nominatifs. Avec l'autorisation à accéder aux renseignements nominatifs, les dossiers fermés et inactifs ont pu être consultés sans contact avec la clientèle. La collecte de données a débuté en octobre 2013 et s'est terminée en mars 2014.

Les informations suivantes ont été recueillies dans le dossier des adultes en émergence participant à l'étude: âge, sexe, statut conjugal et familial, consultation de l'évaluation initiale permettant de mesurer la consommation [gravité de la consommation, degré de motivation initiale des clients pour chacune des sphères évaluées (cote subjective donnée par le client et l'intervenant à la fin de chacune des sections)], consultation du dossier clinique quant au début et à la fin du traitement [la présence/absence aux sessions de services, la nature de la référence (volontaire et non volontaire), le nombre de services utilisés et la complétion ou l'abandon du traitement] et la présence d'épisodes de traitement antérieur.

1.4 Mesures

Gravité de la consommation et Motivation initiale au traitement. L'IGT (Bergeron et al., 1998 dans Guyon et al., 1998) est l'instrument de mesure qui a été retenu pour l'évaluation de la motivation à l'admission dans les services et de la gravité de la consommation. L'IGT est composé de questions générales et de six sphères : la consommation d'alcool et de drogues (27 questions), l'état de santé physique (13 questions), les relations familiales et interpersonnelles (24 questions), l'état psychologique (22 questions), l'emploi et les ressources (29 questions) et la situation judiciaire (32 questions). Les questions sont à réponses courtes ou à échelle de likert. L'IGT fournit un score de gravité de 0 à 9, plus le score est élevé, plus la sphère est problématique. Chaque sphère comprend une évaluation de la gravité par l'intervenant et une auto-évaluation de la motivation au traitement par le client. L'utilisation de l'outil résulte en un profil de gravité du problème, une estimation des besoins additionnels de traitement du client, une synthèse de l'intervenant et les attentes du client.

L'IGT, a été traduit de l'Addiction Severity Index (ASI, McLellan , Luborsky, Cacciola et Griffith, 1985) par Bergeron et al. (1998). Ces auteurs ont également effectué des études de validation. Les études d'équivalence comparant l'IGT à sa version originale l'ASI révèlent une traduction de bonne qualité. En ce qui a trait à la consistance interne, l'étude des corrélations entre chaque item et l'entièreté de son échelle confirme l'homogénéité de chaque échelle [drogues et alcool (alpha de Cronbach=0,86)¹⁵, état médical (alpha de Cronbach=0,67), relations familiales et sociales (alpha de Cronbach=0,80), état psychologique (alpha de Cronbach=0,83), emploi et ressources [alpha de Cronbach=0,59 (Bergeron et al., 1992 dans Bergeron et al., 1998)], situation légale (alpha de Cronbach=0,76)] (Brochu et Guyon, 1995 dans Bergeron et al., 1998). Les énoncés composant les échelles sont donc assez homogènes et mesurent une seule dimension. Les résultats des scores composés pour chaque échelle [drogues (alpha de

¹⁵ La valeur du p n'est pas disponible pour ces résultats.

Cronbach=0,84), alcool (alpha de Cronbach=0,70), état médical (alpha de Cronbach=0,82), relations familiales et sociales (alpha de Cronbach=0,77), état psychologique (alpha de Cronbach=0,79), emploi et ressources (alpha de Cronbach=0,65), situation légale (alpha de Cronbach=0,65)] permettent de conclure que l'IGT est composé d'échelles homogènes, ayant une bonne consistance interne et confirment le choix des items. Ainsi, l'IGT présente une bonne fiabilité. Pour ce qui est de la fidélité test-retest, les résultats sont généralement satisfaisants. La majorité des échelles obtiennent des résultats très satisfaisants [alcool ($r=0,89$), drogues ($r=0,94$), emploi et ressources ($r=0,97$)] et satisfaisants [état médical (0,66), situation légale (0,73)] dans une étude réalisée par Brochu et Guyon (1995 dans Guyon et al., 1998). Deux échelles obtiennent des résultats moins satisfaisants : relations familiales et sociales ($r=0,46$) et état psychologique ($r=0,54$) (Brochu et Guyon, 1995 dans Guyon et al., 1998). Ces résultats pourraient être expliqués par l'échantillon composé d'individus récemment incarcérés, car ces deux échelles avaient obtenu des résultats satisfaisant [état psychologique ($r=0,70$)] et très satisfaisant [relations familiales et sociales ($r=0,87$)] dans une étude précédente (Bergeron et al., 1992 dans Guyon et al., 1998). L'étude de Bergeron et al. (1992, dans Guyon et al., 1998) démontrent une bonne validité d'apparence telle qu'évaluée par trois psychologues professionnels. Les résultats de l'étude de Brochu et Guyon (1995 dans Guyon et al., 1998) indiquent que l'IGT présente également une bonne validité conceptuelle, les échelles sont suffisamment différentes pour évaluer des concepts différents. En somme, l'IGT présente de bonnes qualités psychométriques.

Afin de mesurer la gravité de la consommation des individus, l'évaluation du clinicien, sous forme de cote évaluant la gravité de la problématique de drogue ou d'alcool a été utilisée. Une mesure combinée de gravité de la consommation a été créée à partir des mesures de gravité alcool et drogue. Pour ce faire, la cote la plus élevée, représentant la substance la plus problématique, était retenue. La variable indiquant la gravité de la consommation issue de l'IGT est donc une variable catégorielle pouvant varier de 0 (absence de problème) à 4 (consommation sévère qui nécessite une intervention immédiate).

La motivation initiale pour chacune des sphères évaluées par l'IGT (alcool et drogues, état de santé physique, relations familiales et interpersonnelles, état psychologique, emploi et ressources, situation judiciaire) a été codifiée afin de correspondre aux étapes de Prochaska et Diclemente (1992). Dans la présente étude, comme les clients étaient au tout début d'un traitement, seules les trois étapes initiales du modèle de Prochaska et Diclemente (1992) ont été retenues, soit la précontemplation, la contemplation, la préparation.

La variable « motivation » a été créée en comparant la concordance entre l'évaluation de la gravité de la consommation et le besoin d'aide par le clinicien et par le client. Pour ce faire, l'échelle d'évaluation du clinicien a été transformée afin qu'elle puisse être comparée à celle du client, puisque l'évaluation du clinicien se fait sur une échelle de 0 à 9 et celle du client sur une échelle de 0 à 4. Ainsi, un résultat de 0-1 à l'échelle du clinicien était transformé en un résultat de 0, un résultat de 2-3 à un résultat de 1, un résultat de 4-5 à un résultat de 2, un résultat de 6-7 à un résultat de 3 et un résultat de 8-9 à un résultat de 4. Lorsque les résultats du clinicien et du client étaient équivalents ou que les résultats du client étaient supérieurs à ceux du clinicien, il était considéré que le client était à l'étape de motivation initiale de la préparation. Lorsque le client mettait un résultat de 0 (pas du tout de problème ou de besoin d'aide) et que le clinicien mettait un résultat plus grand que 0 (léger problème/traitement probablement pas nécessaire à problème extrême/traitement indispensable) le client était considéré à la phase de la précontemplation, puisqu'il ne reconnaissait aucun problème ou besoin de traitement alors que le clinicien en reconnaissait un. Finalement, lorsque les résultats du clinicien démontraient un problème ou besoin de traitement plus grand que ceux rapportés par le client, mais que celui-ci reconnaissait tout de même un problème ou avoir besoin d'aide (résultat plus grand que 0, mais plus faible que celui évalué par le clinicien), le client était considéré à l'étape de la contemplation, puisqu'il considère avoir un problème, mais ne réalisait pas sa gravité réelle. Comme les clients avaient deux cotes de motivation initiale pour leur consommation, soit une pour leur consommation d'alcool et une pour leur consommation de drogues, la variable retenue était celle jugée la plus problématique par le clinicien en lien avec la gravité de la consommation. Lorsque le clinicien jugeait que la consommation d'alcool et de drogues était aussi problématique, une moyenne des deux scores était utilisée, puis arrondie pour situer le client

dans l'un ou l'autre des stades de motivation. Une variable catégorielle à quatre niveaux (pas de problème, précontemplation, contemplation, préparation) a donc été créée pour mesurer la motivation initiale à la consommation.

Une mesure de motivation initiale a également été créée pour chacun des individus à l'étude afin d'illustrer le niveau de motivation initiale à recevoir de l'aide dans d'autres sphères de leur vie (physique, psychologique, familiale et sociale, emploi et ressource, judiciaire). Le même processus de comparaison entre le score octroyé par le clinicien et celui du client a été utilisé pour chacune des sphères, la moyenne des cinq scores des différentes sphères de vie a été retenue puis arrondi pour situer le client dans l'un ou l'autre des stades de motivation. Une seconde variable catégorielle à quatre niveaux (pas de problème, précontemplation, contemplation, préparation) a donc été créée pour mesurer la motivation initiale de chacune des sphères évaluées à l'IGT.

La nature de la référence identifiée par la consultation des dossiers, soit volontaire (autoréférent ou un autre système réseau social) ou non volontaire (référé par le système judiciaire ou les services de protection de la jeunesse), a été utilisée pour qualifier la motivation initiale intrinsèque et extrinsèque. Ainsi, les participants autoréférés ou référés par les services sociaux étaient considérés comme présentant une motivation initiale intrinsèque et les participants référés par une instance, soit le système de justice et de protection de la jeunesse, comme présentant une motivation initiale extrinsèque. Ainsi, une variable nominale à deux niveaux (motivation extrinsèque ou motivation intrinsèque) a été créée.

Abandon du traitement. L'abandon du traitement est défini comme la non-poursuite de la démarche thérapeutique par le client sans que celle-ci n'ait été menée à complétion. La consultation des dossiers cliniques a permis d'identifier le nombre d'absences motivées ou non motivées par le client. Pour déterminer l'abandon des adultes émergents dans le traitement, certains critères tirés de la littérature ont été considérés. D'abord, l'utilisation de pourcentage

d'utilisateurs ayant quitté sans l'approbation du clinicien (non persistant) ou suite à la complétion du traitement sera utilisée (présence de persistance) (Kelly et al., 2012). Finalement, un nombre plus élevé d'absences que de présences au traitement sera utilisé comme mesure d'abandon (Ball et al., 2006; Mensinger et al., 2006). Ainsi, dans la présente étude, un adulte émergent sera reconnu comme ayant abandonné le traitement s'il quitte les services sans l'approbation du clinicien et si son nombre d'absences en traitement excède son nombre de présences.

1.5 Analyse des données

L'ensemble des données recueillies a été transcrit dans le logiciel SPSS, qui a été utilisé pour les analyses. Des analyses statistiques descriptives ont d'abord permis de tracer le portrait motivationnel de la clientèle, sur le plan des stades de motivations de Prochaska et al. (1992), des sources de motivation initiale et de la nature intrinsèque ou extrinsèque de cette motivation initiale.

Puis des corrélations et des régressions ont été réalisées pour déterminer l'association entre le niveau de motivation initiale au traitement lié à la consommation de psychotropes, l'abandon du traitement et les variables modératrices potentielles identifiées dans la littérature scientifique [sexe, âge, statut conjugal, statut familial, gravité de la consommation au moment de l'évaluation, nature de la référence (volontaire ou non volontaire)]. Enfin, pour éviter les risques de multicollinéarité, les variables modératrices ont été normalisées avant de calculer leur interaction avec la variable indépendante.

QUATRIÈME CHAPITRE

LES RÉSULTATS

1. DESCRIPTION DES SOURCES ET STADES DE MOTIVATION INITIALE CHEZ LES ADULTES ÉMERGENTS

Le premier objectif consistait à décrire les stades, les sources et la nature de la motivation initiale des participants à l'étude soit les jeunes adultes émergents fréquentant un CRD. Le tableau 1 présente la distribution des participants en fonction des étapes de motivation de Prochaska et DiClemente (1982). Trois niveaux de motivation initiale sont présentés, et ce, pour deux sources différentes de motivation initiale, soit le niveau de motivation initiale au traitement liée uniquement à la consommation d'alcool et de drogues et le niveau de motivation initiale au traitement lié aux autres sphères de la vie (physique, psychologique, familiale et sociale, emploi et ressources, judiciaire).

En ce qui concerne le niveau de motivation initiale au traitement lié uniquement à la consommation d'alcool et de drogues, soulignons d'abord qu'une faible proportion d'individus référés aux CRD ne présentent pas une consommation problématique, ceux-ci sont identifiés comme tels dans le tableau, puisqu'il est impossible de mesurer la motivation initiale à un traitement d'un individu qui n'a pas de problème. Chez les participants qui ont une consommation d'alcool et de drogues problématique, un participant sur 20 ne reconnaît pas avoir besoin de traitement pour leur consommation, ces participants se situent donc à un niveau de la précontemplation. Un participant sur cinq, reconnaît qu'il a une consommation problématique, mais ne reconnaît pas avoir besoin de traitement pour le moment, ces participants se situent donc à un niveau de motivation initiale de contemplation. Par ailleurs, tel qu'attendu chez des clients qui consultent dans un CRD, la majorité des participants, soit trois sur quatre, se situent au niveau de motivation initiale préparation, ils reconnaissent avoir besoin de traitement.

En ce qui concerne le niveau de motivation initiale au traitement lié aux autres sphères de la vie de la personne, les participants se situent majoritairement et presque également entre les stades de motivation de contemplation et de préparation. Ces participants reconnaissent donc qu'ils ont des difficultés dans certaines sphères de leur vie, mais certains sont davantage ouverts à un traitement (stade de préparation). Toutefois, un peu plus d'un participant sur dix ne reconnaît pas avoir besoin de traitement en ce qui concerne les autres sphères de sa vie, et ce, même si l'évaluateur, lui, suggérait un traitement à l'une ou l'autre des sphères étudiées.

Au-delà des stades de motivations de Prochaska et DiClemente (1983), tel que défini précédemment, la motivation peut être de sources intrinsèque ou extrinsèque, dans le présent échantillon, 23,4 % des participants avaient une source de motivation initiale extrinsèque et 76,6 % des participants avaient une source de motivation initiale intrinsèque. Lorsque l'on compare le fait de présenter une motivation initiale intrinsèque ou extrinsèque et les stades de motivation initiale au traitement liée à la consommation, il existerait une différence significative ($\chi^2=6,95$ (dl=2) $p=0,03$) quant aux stades de motivation initiale selon que les individus présentent une motivation initiale intrinsèque ou extrinsèque. Effectivement, ceux présentant une motivation initiale intrinsèque sont plus nombreux à avoir une motivation initiale de niveau préparation.

Tableau 1. Répartition des participants par étapes de motivation en fonction du besoin de traitement lié à la consommation et aux autres sources de motivation

	Motivation initiale au traitement liée à la consommation	Motivation initiale au traitement liée aux autres sphères
Pas de problème	1,4 %	0,5 %
Précontemplation	5,0 %	13,8 %
Contemplation	19,3 %	44 %
Préparation	74,3 %	41,7 %

2. IMPACT DES STADES ET SOURCES DE MOTIVATION INITIALE ET DES VARIABLES MODÉRATRICES SUR L'ABANDON DANS LE TRAITEMENT

Le second objectif consistait à définir si le stade de la motivation initiale au traitement liée à la consommation prédit l'abandon dans les traitements en contrôlant le sexe, l'âge, le statut conjugal et familial, la gravité de la consommation, le mode de référence et les autres sources de motivation initiale. Pour répondre à cet objectif, des analyses univariées, soit des corrélations ont été réalisées (voir tableau 2). La première observation est à l'effet que seul le sexe (femme/homme) est corrélé significativement à l'abandon du traitement. Être un homme serait corrélé à l'abandon au traitement.

Les corrélations indiquent également que le statut familial, la nature de la référence (volontariat ou non) et le stade de la motivation initiale dans d'autres sphères de la vie sont significativement corrélé au stade de motivation initiale lié à la consommation de psychotropes. Ainsi, les participants ayant des enfants, ceux qui consultent de façon non volontaire présentent une motivation initiale plus faible à recevoir un traitement en lien avec leur problématique de consommation. De plus, une motivation initiale au traitement liée uniquement à la consommation d'alcool et de drogues est positivement corrélée à la motivation initiale au traitement liée aux autres sphères.

Suite à la réalisation de corrélations, des analyses de régression multivariées ont été réalisées en incluant les variables significativement corrélées à la variable indépendante ou à la variable dépendante comme variables modératrices. Ainsi, outre les stades de motivation initiale liée à la consommation de psychotropes, le sexe, le statut familial, la nature de la référence et la motivation initiale aux autres sphères de la vie ont été introduits dans des régressions à titre de variables modératrices. Considérant le petit nombre de participants dans le sous-groupe de précontemplatifs, une seule variable modératrice et son interaction avec la variable indépendante ont été introduites dans un modèle de régression. Le tableau 3 présente les résultats des quatre régressions effectuées, soit une régression par variable modératrice. Il convient d'abord de

Tableau 2. Corrélations entre les variables à l'étude

	Sexe	Âge	Statut conjugal	Statut familial	Nombre de traitements antérieurs	Gravité de la consommation	Nature de la référence	Étape de motivation initiale consommation	Étapes autres sources de motivation initiale	Abandon
Sexe	-	,163*	-,138*	-,230**	,007	-,019	-,135*	-,032	-,090	,143*
Âge	,163*	-	-,041	,127	-,035	,019	-,067	-,070	-,067	-,072
Statut conjugal	-,138*	-,041	-	,138*	-,058	-,032	,071	,035	-,034	,101
Statut familial	-,230**	,127	,138*	-	-,023	-,207**	-,293**	-,143*	-,221**	,117
Nombre de traitements antérieurs	,007	-,035	-,058	-,023	-	,144*	,037	,086	-,080	,001
Gravité de la consommation	-,019	,019	-,032	-,207**	,144*	-	,099	,097	-,027	,073
Nature de la référence	-,135*	-,067	,071	-,293**	,037	,099	-	,211**	,255**	-,030
Étape de motivation initiale consommation	-,032	-,070	,035	-,143*	,086	,097	,211**	-	,217**	-,085
Étapes autres sources de motivation initiale	-,090	-,078	-,034	-,221**	-,080	,004	,255**	,217**	-	-,034
Abandon	,143*	-,072	-,101	-,117	,001	,073	-,030	-,085	-,034	-

souligner que peu importe la variable modératrice introduite dans les modèles ou l'interaction de celle-ci avec la variable indépendante, la motivation initiale au traitement liée à la consommation n'est, dans aucun des modèles réalisés, associée à l'abandon au traitement. En fait, seuls les deux premiers modèles de régression sont significatifs ou marginalement significatifs. Ainsi, parmi les variables modératrices et les interactions à l'étude, seul le sexe des participants est significativement associé à l'abandon du traitement et le statut familial y est marginalement associé. Ainsi le fait d'être un homme et le fait d'avoir des enfants serait associé à l'abandon du traitement.

Tableau 3. Régressions entre les variables modératrices, dépendantes et indépendantes

Régressions	χ^2	β (e.t.)	Wald (d.l.=1)	Exp.(β)
Régression 1	7,807*			
• étapes de motivation consommation		0,189 (0,14)	1,846	1,208
• sexe		-0,299 (0,14)	4,593	0,742*
• étapes de motivation x sexe		-0,176 (0,14)	1,620	0,839
Régression 2	6,716 [†]			
• étapes de motivation consommation		0,226 (0,15)	2,301	1,254
• statut familial		-0,259 (0,15)	3,193	0,771 [†]
• étapes de motivation x statut familial		-0,177 (0,11)	2,683	0,838
Régression 3	1,997			
• étapes de motivation consommation		0,190 (0,14)	1,783	1,209
• nature référence		-0,090 (0,15)	0,380	0,914
• étapes de motivation x nature référence		0,019 (0,13)	0,316	1,019
Régression 4	2,367			
• étapes de motivation consommation		0,160 (0,155)	1,074	1,174
• autres sources de motivation		-0,114 (0,145)	0,613	0,893
• étapes de motivation x autres sources de motivation		-0,063 (0,127)	0,246	0,939

* p = 0,05 [†]p ≤ 0,1

CINQUIÈME CHAPITRE

LA DISCUSSION

Cette étude visait (1) à décrire les stades, les sources et la nature de la motivation initiale de la clientèle adulte émergente (18-24 ans) fréquentant deux CRD du Québec et (2) à définir si le stade de la motivation initiale au traitement liée à la consommation permettait de prédire l'abandon du traitement en dépendance en contrôlant le sexe, l'âge, le statut conjugal et familial, la gravité de la consommation, le mode de référence, le nombre de traitements antérieurs et les autres sources de motivation initiale au traitement. Cette recherche se démarque des études recensées sur le sujet, puisqu'elle cible spécifiquement une tranche de la population, soit les adultes émergents, population souvent négligée dans les recherches et représentant une trop faible proportion de la clientèle des CRD considérant que c'est à cette étape de la vie que la consommation de psychotropes connaît son apogée. La discussion des résultats portera d'abord sur le portrait motivationnel de cette population pour ensuite aborder les variables permettant de prédire l'abandon au traitement.

1. PORTRAIT MOTIVATIONNEL DES ADULTES ÉMERGENTS

En réponse au premier objectif, les résultats de la présente étude démontrent que plus de la majorité des adultes émergents sont à un stade de motivation initiale appelé préparation (Prochaska et DiClemente, 1982) lors de leur demande de traitement en CRD. Plusieurs diront que ces résultats sont tout à fait cohérents considérant que l'échantillon est composé de participants faisant une demande de traitement en dépendance dans un service de deuxième ligne que sont les CRD au Québec. Pourtant, par rapport aux résultats disponibles dans les écrits scientifiques (Melnick et al, 1997; Sinha et al., 2003), les résultats de la présente étude divergent. En effet, Sinha et al. (2003), rapportent que les participants âgés entre 18 et 25 ans se situent plus fréquemment à un stade de précontemplation, comparés à des adultes de 26 à 45 ans. Qui plus est, selon Arnett (2005), il aurait été attendu chez des adultes émergents, considérant leur

instabilité émotionnelle, leur optimisme et leur caractère autocentré, de les retrouver davantage dans un stade de motivation d'ambivalence soit la précontemplation ou la contemplation. Comment alors expliquer ces résultats? Bien que Kong et Bergman (2010) rapportent que la consommation de psychotrope chez les adultes émergents est davantage associée à des motifs de consommation positifs, il est possible de postuler que les adultes émergents faisant une demande de traitement dans un CRD, ne fassent pas parti de ceux qui consomment pour le plaisir, mais plutôt de ceux qui utilisent la consommation comme une automédication face à des difficultés émotionnelles (Skinner, O'Grady, Bartha et Parker, 2010). Pour la plupart des adultes émergents, la demande de traitement en CRD pourrait alors représenter une préparation à des changements comportementaux souhaités par la personne elle-même ou par des membres de son entourage.

La présence de problèmes et d'instabilité dans d'autres sphères de la vie de l'individu (Arnett, 2000, 2007) auraient pu expliquer le fait que davantage d'adultes émergents dans la présente étude se retrouvent à un stade de motivation initiale de préparation quant à leur consommation d'alcool et drogues. Or, seulement 40 % des participants reconnaissent avoir besoin de services dans d'autres sphères de leur vie. Le besoin de changement au niveau de leur consommation semble donc demeurer le principal levier de la demande de traitement des participants.

Les résultats faisant état de la nature de la motivation initiale, soit intrinsèque ou extrinsèque, sont tout à fait cohérents avec les résultats obtenus sur les stades de motivation initiale. En effet, il est vraisemblable qu'un individu qui reconnaît avoir besoin d'aide consulte un service spécialisé de manière autonome (Miller et Rollnick, 2002). De plus, ces résultats vont dans le même sens que ceux de deux études recensées qui rapportaient que plus de la moitié des clients en CRD font une demande de traitement de manière volontaire (Ball et al., 2006; Brochu et al., 2006). Il est cependant important de noter que la possibilité de comparaison avec les résultats des deux études citées est limitée par la différence entre les échantillons. En effet, les études de Ball et al. (2006) et Brochu et al. (2006) ne portent pas sur des échantillons d'adultes émergents.

Il est difficile d'aller plus loin dans l'explication des résultats obtenus et dans le sens à leur donner. L'hypothèse la plus plausible milite en faveur d'une reconnaissance des problèmes chez les adultes émergents de l'échantillon en lien avec des motifs autres (affects négatifs, pression de conformité aux pairs) que des raisons positives (effets positifs de la substance) habituellement présent chez cette population (Kong et Bergman, 2010).

2. PRÉDIRE L'ABANDON AU TRAITEMENT CHEZ LES ADULTES ÉMERGENTS

En réponse au second objectif, les résultats de la présente étude indiquent que la motivation initiale au traitement liée à la consommation n'est pas prédictive de l'abandon au traitement en dépendance chez les adultes émergents en CRD. Seuls le sexe, soit le fait d'être une fille et le statut familial, soit le fait de ne pas avoir d'enfant sont significativement ou marginalement associés à la persistance dans le traitement. Ces résultats, quoi que divergent avec plusieurs études recensées (Ball et al., 2006; Palmer et al., 2009; Brochu et al., 2006; Mensinger et al., 2006; Joe et al., 1998), sont comparables aux résultats obtenus dans d'autres études. Par exemple, Melnick et al., (1997) indiquent que si plus de 80% des personnes qui présentaient initialement une motivation élevée persistaient dans le traitement, plus de 60% des personnes qui ne présentaient pas une aussi bonne motivation persistait également. De manière comparable, Sinha et al. (2003), concluent que malgré une motivation initiale au traitement plus faible, les adultes de 18-25 ans persistent autant dans un traitement en dépendance que leurs aînés (26-45 ans) davantage motivés initialement. Il demeure important de noter que seule l'étude de Sinha et al. (2003) traite d'une population d'adultes émergents, limitant ainsi la comparaison des résultats avec la présente étude en raison des caractéristiques spécifiques retrouvées chez les adultes émergents qui ne sont pas présentes chez les autres populations.

À la lumière de ces résultats, force est de constater que ce ne serait pas la motivation initiale qui permettrait de prédire l'abandon d'un traitement en dépendance chez les adultes émergents. Pour expliquer ces résultats, Ball et al., (2006) stipulent que la motivation ne serait pas un processus fixe, elle serait davantage fluctuante. Ainsi, selon ces auteurs, une motivation réelle en début de traitement peut être affectée par différents facteurs (changement d'idée par

rapport au programme, changement dans les raisons pour cesser de consommer, avoir perdu espoir de changer) et faire de quelqu'un initialement motivé quelqu'un d'hésitant face au traitement ou au besoin d'aide. De plus, la relation thérapeutique ne serait pas étrangère à cette fluctuation de motivation (Mensing et al., 2006). En effet, pouvoir s'identifier au clinicien qui nous accueille (ethnie, groupe d'âge) permettrait davantage de prédire la persistance dans un traitement en dépendance.

Dans la présente étude, inversement à l'étude de Melnick et al., (1997), les hommes plus que les femmes ont tendance à abandonner le traitement. Encore ici, la possibilité de s'identifier à l'intervenant pourrait expliquer ce résultat et prédire la persistance dans un traitement (Mensing et al., 2006). En effet, s'il est reconnu que dans le domaine social, les femmes intervenantes sont surreprésentées (77%) comparativement aux hommes intervenants (23%) (Conseil pour le secteur communautaire, 2013), il serait alors plus difficile pour les hommes que pour les femmes de s'identifier à une clinicienne féminine. De plus, il est possible de croire que l'organisation actuelle des services en dépendances au Québec est davantage axée sur un modèle thérapeutique (entrevue individuelle, approche émotionnelle) (Desrosiers et Ménard, 2010), modèle qui correspondrait davantage à l'expression féminine qu'à celle masculine (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004). Ces deux hypothèses pourraient expliquer la plus forte proportion d'hommes qui dans la présente étude abandonnent davantage que les femmes le traitement.

Dans les résultats, le fait d'avoir des enfants est marginalement associé à l'abandon au traitement. S'il était attendu que la présence d'enfants pourrait agir à titre de motivation (Guyon, De Koninck, Morissette et Chayer, 1998) ici, il semble plutôt que la présence de responsabilité parentale limite la disponibilité au traitement. À cet effet, Mensing et al., (2006) identifient que la présence et le nombre d'obstacles pratiques (disponibilité, lieu du traitement, moment du traitement) au traitement prédiraient l'abandon à celui-ci. De façon plus spécifique chez les adultes émergents, Arnett (2007) indique que le fait d'être parent n'est pas forcément associé à davantage de qualité de responsabilisation. Pour cet auteur, au-delà de la parentalité, ce sont davantage des caractéristiques telles que la pleine responsabilité de soi-même, la prise de décision autonome et l'indépendance financière qui permettent d'octroyer un statut subjectif

d'adultes responsables. Ainsi, en lien avec la présence ou non à un traitement en dépendance, il se pourrait que ce soit davantage les qualités permettant de statuer de l'autonomie d'un individu que le fait d'être ou non parent qui pourrait avoir un impact sur la persistance dans le traitement.

Enfin, l'absence de lien entre la motivation initiale au traitement liée à la consommation et l'abandon au traitement pourrait aussi être expliquée d'un point de vue méthodologique. En effet, les résultats descriptifs du présent projet indiquent qu'une faible proportion des participants se situent à un niveau précontemplatif et contemplatif, comparativement à 74,3% de l'échantillon qui se situe à un stade de motivation initiale de préparation. L'inégalité des groupes comparés a pu induire une plus faible puissance statistique et diminuer la capacité des modèles de régression à détecter des liens significatifs (Hair, Anderson, Tatham et Black, 1998).

En somme, si les résultats obtenus pour le second objectif de cette étude ne sont pas ceux attendus, plusieurs hypothèses énoncées précédemment permettent de les expliquer. La plus importante est sans doute à l'effet que la motivation n'est pas une variable fixe. En effet, une motivation initiale qu'elle soit positive ou négative ne semble pas tributaire du résultat d'une démarche thérapeutique. Qui plus est, une motivation initiale élevée ne signifie pas qu'elle demeurera élevée tout au long du processus. Aussi, l'intervention en dépendance auprès d'adultes émergents, qui rappelons-le sont sous-représentés dans les services actuels des CRD du Québec (CRD de l'Outaouais Rapport annuel de gestion, 2011-2012; CRD Domremy Rapport annuel 2011-2012), devrait tout de même tenir compte du niveau de motivation du client, et ce, tout au long de sa démarche.

3. RECOMMANDATIONS POUR L'INTERVENTION

Les résultats de la présente étude mènent à certaines recommandations pour l'intervention en dépendance auprès des adultes émergents. Tout d'abord, vu le haut taux d'abandon (61%) et ce, malgré la motivation au traitement initiale élevée, l'approche motivationnelle valorisée au cours des dernières années, prendrait tout son sens et serait à

encourager, et ce, que la personne présente ou non une motivation initiale au traitement. Il semblerait également important de réévaluer la motivation en cours de traitement, car il semble que des inconstances motivationnelles peuvent se présenter en cours de traitement (Ball et al., 2006). Ainsi, un travail et une évaluation de la motivation des usagers tout au long de la démarche de traitement sembleraient indiqués afin d'éviter l'abandon au traitement en dépendance.

Ensuite, les résultats semblent démontrer que des précautions devraient être prises pour les usagers masculins, comme ceux-ci abandonnent davantage le traitement. Un pairage avec un intervenant de même sexe pourrait être à favoriser ainsi qu'une adaptation de l'intervention de manière à ce qu'elle corresponde davantage aux caractéristiques de ces usagers (intervention active, expérientielle, psychoéducative) (Mensing et al., 2006; Desrosiers et Ménard, 2010). De cette manière, l'individu pourrait s'identifier à l'intervenant et s'engager plus facilement dans un traitement qui lui corresponde, ce qui pourrait augmenter sa persistance dans le traitement en dépendance.

Enfin, comme les participants ayant des enfants abandonnent davantage le traitement, des services qui permettent de faciliter l'accès au traitement (transport, garderie) devraient être mis à leur disposition. Ainsi, les obstacles pratiques à la présence au traitement pourraient être amoindris et la persistance de ces usagers en traitement pourrait en être favorisée (Mensing et al., 2006).

4. Limites de l'étude

Les résultats obtenus dans la présente étude doivent, tout de même, être interprétés à la lumière de certaines limites. En premier lieu, la distribution inégale des niveaux de motivation initiale de la clientèle en CRD a pu limiter la possibilité de discerner des relations significatives entre la variable dépendante et la variable indépendante à l'étude. Cette homogénéité des participants sur le plan de la motivation initiale pourrait être expliquée par la provenance unique

des participants, soit les CRD. En effet, les CRD étant des services de deuxième ligne, spécialisés dans le traitement de réadaptation en dépendance, il est probable que les individus y faisant une demande de traitement aient un profil plus grave de consommation, vivent davantage de conséquences liées à cette problématique et donc, soient davantage prêts à faire des démarches en ce sens. Ainsi, les adultes émergents consultant en CRD pour leur problématique de dépendance pourraient se démarquer sur le plan de la motivation initiale au traitement en dépendance de la population des adultes émergents ayant une problématique de dépendance, mais n'ayant pas fait de demande d'aide en CRD.

En deuxième lieu, la motivation au traitement a uniquement été mesurée au début de la démarche de traitement. La motivation étant un processus fluctuant en cours de traitement (Mensingher et al., 2006), il aurait été intéressant d'en avoir des mesures à différents moments du processus de traitement. De cette manière, il aurait été possible de vérifier si le niveau, les sources et la nature de la motivation en cours de traitement auraient davantage d'impact sur l'abandon au traitement.

En dernier lieu, le lien entre la motivation initiale au traitement et l'abandon au traitement pourrait sans doute être expliqué par une multitude d'autres facteurs non étudiés dans le présent mémoire. Par exemple, l'alliance thérapeutique, la nature du traitement offert, les caractéristiques de l'intervenant pourraient être des aspects ayant un impact sur la motivation et l'abandon du traitement en dépendance.

En lien avec ces limites, des recommandations peuvent être faites pour les études futures. D'abord, il serait pertinent dans une étude future d'inclure des participants provenant de différents milieux de services en dépendance et non seulement des CRD. Par exemple, des clientèles différentes d'adultes émergents (jeunes de la rue, santé mentale) pourraient fournir un portrait plus diversifié et représentatif de la motivation au traitement des adultes émergents ayant une problématique de dépendance. Une meilleure représentativité des différents niveaux de

motivation permettrait également des analyses statistiques plus complexes, incluant plus qu'une variable modératrice. Il serait également pertinent d'inclure, en début de traitement, mais également en cours de traitement des mesures de motivation. Enfin, certaines caractéristiques reconnues pour influencer la motivation au traitement, par exemple la qualité de l'alliance thérapeutique, devraient être intégrées dans les analyses comme variable prédictive ou modératrice.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adams, G.R., Munro, B., Munro, G., Doherty-Poirier, M. et Edwards, J. (2004). Identity processing styles and Canadian adolescents' self reported delinquency. *Identity, 5*, 57-65.
- Adlaf, E.M., Begin, P. et Sawka, E. (Eds.). (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Alteman, H., Evenson, R. et Cho, D.W. (1978). Predicting length of stay by patients hospitalized for alcoholism or drug dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 39*(1), 97-201.
- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469-480.
- Arnett, J.J. (2001) conceptions of the transition to adulthood: Perspectives from adolescence through midlife. *Journal of Adult Development, 8*(2), 133-143.
- Arnett, J.J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues, 35*(2), 235-254.
- Arnett, J.J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for? *Child Development Perspectives, 1*(2), 68-73.
- Arnett, J.J. (2007a). Suffering, selfish, slackers? Myths and reality about emerging adults. *Journal of Youth and Adolescence, 36*(1), 23-29.
- Association des Centres de Réadaptation en Dépendance du Québec (s.d.). *Site de l'Association des Centres de Réadaptation du Québec*. Site télé-accessible à l'adresse <www.acrdq.qc.ca>. Consulté le 2 février 2013.
- Auerbach, K. et Collins, L.M. (2006). A multidimensional developmental model of alcohol use during emerging adulthood. *Journal of Studies on Alcohol, 67*(6), 917-925.
- Baekeland, F. et Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin, 82*(5), 738-783.
- Ball, S.A., Carroll, K.M., Canning-Ball, M. et Rounsaville, B.J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors, 31*(2), 320-330.
- Borsari, B. et Carey, K.B. (2001). Peer influences on college drinking: A review of research. *Journal of Substance Abuse, 13*(4), 391-424.
- Brochu, S., Cournoyer, L-G., Tremblay, J., Bergeron, J., Brunelle, N. et Landry, M. (2006). Understanding treatment impact on drug-addicted offenders. *Substance Use and Misuse, 41*(14), 1937-1949.

- Brown, S.A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg, J., Hingson, R., Swartzwelder, S. et al. (2008). A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics*, 121(4), 290-310.
- Centre Dollard-Cormier Institut universitaire sur les dépendances (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Montréal : Centre Dollard-Cormier Institut universitaire sur les dépendances.
- Centre de Réadaptation en Dépendance Domrémy Mauricie-Centre du Québec (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Drummondville : Centre de Réadaptation en Dépendance Domrémy Mauricie-Centre du Québec.
- Centre de Réadaptation en Dépendance de Montréal-Institut universitaire (s.d.). *Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances*. Site télé-accessible à l'adresse <dependancemontreal.ca>. Consulté le 17 juin 2013.
- Centre de Réadaptation en Dépendance de Lanaudière (s.d.). *Centre de Réadaptation en Dépendance de Lanaudière*. Site télé-accessible à l'adresse <www.crdlanaudiere.ca>. Consulté le 17 juin 2013.
- Centre de Réadaptation en Dépendance de l'Estrie (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Sherbrooke : Centre de Réadaptation en Dépendance de l'Estrie.
- Centre de Réadaptation en Dépendance de l'Outaouais (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Gatineau : Centre de Réadaptation en Dépendance de l'Outaouais.
- Centre québécois de lutte aux dépendances (2011). *Portrait de l'environnement au Québec en matière de consommation et abus d'alcool et de drogues*. (s.l.) : Santé Canada.
- Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes. (2004). *Les hommes: s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*. Rapport remis au ministre de la Santé et des Services sociaux.
- Condelli, W.S. et De Leon, G. (1993). Fixed and dynamic predictors of client retention in therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(1), 11-16.
- Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies (2007). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : Consommation d'alcool et de drogues par les jeunes*. (s.l.) : Santé Canada.
- Conseil pour le secteur communautaire. (2013). *Profil des travailleurs travailleuses des secteurs communautaires et sociaux*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Cooper, M.L., Frone, M.R., Russell, M. et Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 990-1005.
- Cox, W.M. et Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 168-180.

- De Leon, G. (1991). Retention in drug free therapeutic communities. In R.W. Pickens, C.G. Lukefeld et C. Schuster (dir.), *Improving drug abuse treatment* (p. 91-1754). Washington, Government printing office.
- De Leon, G. et Jainchill, N. (1986). Circumstance, motivation, readiness, and suitability as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18(3), 203-208.
- Delucchi, K.L., Matzger, H. et Weisner, C. (2008). Alcohol in emerging adulthood: 7-year study of problem and dependent drinkers. *Addictive Behaviors*, 33(1), 134-142.
- Desrosiers, P., Ménard, J.P., Tremblay, J., Bertrand, K. et Landry, M. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes*. Montréal : Centre québécois de documentation en toxicomanie.
- Diamond, G.S. et Kaminer, Y. (1998). *Perceived Barrier to Treatment (PBT)*. Manuscrit non publié, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA.
- DiClemente, C.C. et Hughes, S.O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2(2), 217-235.
- Donovan, J.E., Jessor, R. et Jessor, R. (1983). Problem drinking in adolescence and young adulthood: A follow-up study. *Journal of Study on Alcohol and Drugs*, 44(1), 109-137.
- Fillmore, K.M., Johnstone, B.M., Leino, E.V. et Ager, C.R. (1993). A cross-study contextual analysis of effects from individual-level drinking and group-level drinking factors: A meta-analysis of multiple longitudinal studies from the Collaborative Alcohol-Related Longitudinal Project. *Journal of Study on Alcohol and Drugs*, 54(1), 37-47.
- Gfroerer, J.C., Greenblatt, J.C. et Wright, D.A. (1997). Substance use in the US college-age population: Differences according to educational status and living arrangement. *American Journal of Public Health*, 87(1), 62-65.
- Goodman, I., Peterson-Badali, M. et Henderson, J. (2011). Understanding motivation for substance use treatment: The role of social pressure during the transition to adulthood. *Addictive Behaviors*, 36(6), 660-668.
- Gouvernement du Canada (s.d.). *Site de Service Canada*. Site téléaccessible à l'adresse <http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/4152.shtml>. Consulté le 11 juillet 2014.
- Gouvernement du Québec (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P. et Chayer, L. (1998). *Toxicomanie et maternité : Un projet possible*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Guyon, L., Landry, M., Brochu, S. et Bergeron, J. (1998). Les études psychométriques autour de l'ASI/IGT. In L. Guyon, M. Landry, S. Brochu et J. Bergeron (dir.), *L'évaluation des*

- clientèles alcooliques et toxicomanes : l'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT)* (p. 31-46). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Harlow, L.L., Mitchell, K.J., Fitts, S.N. et Saxon, S.E. (1999). Psycho-existential distress and problem behaviors: Gender, subsample, and longitudinal tests. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 4(2), 111-138.
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G., Flynn, P.M., Anderson, J., Etheridge, R.M. (1997). Overview of 1 year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 261-278.
- Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Cavanaugh, E.R. et Ginzburg, H.M. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. Chapell Hill, NC: National criminal justice reference service.
- Joe, G.W., Simpson, D.D. et Broome, K.M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Dépendance*, 93(8), 1177-1190.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. et Schulenberg, J.E. (2004). *Monitoring the future national survey results on drug use 1975-2003*. New-Jersey: Department of Health and Human services.
- Kandel, D.B. et Raveis, V.H. (1989). Cessation of illicit drug use in young adulthood. *Archive of General Psychiatry*, 46(2), 109-116.
- Kavanagh, D.J., Sitharthan, T. et Sayer, G. (1996). Prediction of results from correspondence treatment for controlled drinking. *Dépendance*, 91(10), 1539-1545.
- Kelly, J.F., Urbanoski, K.A., Hoepfner, B.B. et Slaymaker, V. (2012). 'Ready, willing, and (not) able' to change: Young adults' response to residential treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 121(3), 224-230.
- Kludt, C.J. et Perlmutter, L. (2012). Effects of control and motivation on treatment outcome. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(4), 405-414.
- Kong, G. et Bergman, A. (2010). A motivational model of alcohol misuse in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 35(10), 855-860.
- Kypri, K., McCarthy, D., Coe, M. et Brown, S. (2004). Transition to independent living and substance involvement. *Journal of Child and Adolescent substance Abuse*, 13(3), 85-100.
- Maggs, J.L. et Schulenberg, J.E. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(14), 54-70.
- Maggs, J.L. et Schulenberg, J.E. (2005). Trajectories of alcohol use during the transition to adulthood. *Alcohol Research and Health*, 28(4), 195-201.

- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J. et Griffith, G. (1985). New data from the Addiction Severity Index: Reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(7), 412-423.
- Melnick, G., De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N. et Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescents and adult substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23(4), 485-506.
- Mensingher, J.L., Diamond, G.S., Kaminer, Y. et Wintersteen, M.B. (2006). Adolescent and therapist perception of barriers to outpatient substance abuse treatment. *The American Journal on Addiction*, 15(1), 16-25.
- Mertens, J. et Weisner, C. (2000). Predictors of substance abuse treatment retention among women and men in an HMO. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(10), 1525-1533.
- Miller, W.R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98(1), 84-107.
- Miller, W.R. et Rollnick, S.R. (2002) *Motivational interviewing : Preparing people for change* (2^e éd.) New-York, NY: Guilford Press
- Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2012). *Rapport mondial sur les drogues 2012*. Vienne : Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime.
- Palmer, R.S., Murphy, M.K., Piselli, A. et Ball, S.A. (2009). Substance user treatment dropout from client and clinician perspectives: A pilot study. *Substance Use and Misuse*, 44(7), 1021-1038.
- Patkar, A.A., Thornton, C.C., Mannelli, P., Hill, K.P., Gottheil, E., Vergare, M.J. et al. (2004). Comparison of pretreatment characteristics and treatment outcomes for alcohol, cocaine, and multisubstance-dependent patients. *Journal of Addictive Diseases*, 23(1), 93-109.
- Patrick, M.E. et Schulenberg, J.E. (2011). How trajectories of reasons for alcohol use relate to trajectories of binge drinking: National panel data spanning late adolescence to early adulthood. *Developmental Psychology*, 47(2), 311-317.
- Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. et Norcross, J.C. (1992). In search of how people change application to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1002-1114.
- Read, J.P., Wood, M.D., Kahler, C.W., Maddock, J.E. et Palfai, T.P. (2003). Examining the role of drinking motives in college student alcohol use and problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 13-23.

- Rohrbach, L.A., Sussman, S., Dent, C.W. et Sun, P. (2005). Tobacco, alcohol, and other drug use among high-risk young people: A five-year longitudinal study from adolescence to emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 333-356.
- Ryan, R.M., Plant, R.W. et O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relation with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 30(3), 279-297.
- Santé Canada (2011). *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues*. Site télé-accessible à l'adresse <www.hc-sc.gouv.qc.ca> Consulté le 16 juin 2013.
- Schulenberg, J., Maggs, J.L., Long, S.W., Sher, K.J., Gotham, H.J., Baer, J.S. et al. (2001). The problem of college drinking: Insights from a developmental perspective. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(3), 473-477.
- Schulenberg, J.E. et Maggs, J.L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 54-70.
- Sher, K.J., et Gotham, H.J. (1999). Pathological alcohol involvement: A developmental disorder of young adulthood. *Developmental Psychology* 32, 933-965.
- Simpson, D.D. (1981). Treatment for drug abuse: Follow-up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry*, 38(8), 875-880.
- Simpson, D.D. et Joe, G.W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy*, 30(2), 357-368.
- Sinha, R., Easton, C. et Kemp, K. (2003). Substance abuse treatment characteristics of probation-referred young adults in a community-based outpatient program. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(3), 585-597.
- Skinner, W.J., O'Grady, C.P., Bartha, C. et Parker, C. (2010) *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale*. Toronto : Centre de Toxicomanie et de Santé mentale.
- Smith, D.C., Cleeland, L. et Dennis, M.L. (2010). Reasons for quitting among emerging adults and adolescents in substance-use-disorder treatment. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(3), 400-409.
- Smith, G.T. et Goldman, M.S. (1994). Alcohol expectancy theory and the identification of high-risk adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 4(2), 229-247.
- Stark, M.J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12(1), 93-119.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2006). *Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: national findings*. Rockville, MD: DHHS.

- Tucker, J.S., Ellickson, P.L., Orlando, M., Martino, S.C. et Klein, D.J. (2005). Substance use trajectories from early adolescence to emerging adulthood: A comparison of smoking, binge drinking, and marijuana use. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 307-332.
- Vaugois, P. (2004). *Portrait de la consommation de psychotropes à Montréal*. Montréal : comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Vergès, A., Jackson, K.M., Bucholz, K.K., Grant, J.D., Trull, T.J., Wood, P.K. et al. (2012). Deconstructing the age-prevalence curve of alcohol dependence: Why 'maturing out' is only a small piece of the puzzle. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 511-523.
- Wechsler, H., Dowdall, G.W., Davenport, A. et Castillo, S. (1995). Correlates of college student binge drinking. *American Journal of Public Health* 85(7), 921-926.
- Weinstein, N.D. (1989). Optimistic biases about personal risks. *Science*, 246(4935), 1232-1233.
- Weisner, C., Mertens, J., Tam T. et Moore, C. (2001). Factors affecting the initiation of substance abuse treatment in managed care. *Addiction*, 95(5), 705-716.
- White, H.R. et Jackson, K. (2005). Social and psychological influences on emerging adult drinking behavior. *Alcohol Research and Health*, 28(4), 182-190.
- White, H., Labouvie, E.W. et Papadaratsakis, V. (2005). Changes in substance use during the transition to adulthood: A comparison of college students and their noncollege age peers. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 281-306.

ANNEXE A

Tableaux des caractéristiques des études recensées

Tableaux des caractéristiques des études recensées

Auteurs : Ball, Carroll, Canning-Ball et Rounsaville (2006)						
Titre : Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation						
Objectif : Évaluer les corrélats des raisons subjectives de désistements prématurés rapportés par les clients recevant des services en traitement des dépendances.						
Échantillon	Définition de la motivation	Mesure	Résultats		Conclusions	
N/sexe/âge/Clientèle adulte émergente		Outils/méthode	Motivation	Persistance dans les services/ résultats	Limites (selon les auteurs)	Recommandations (selon les auteurs)
<p>Échantillon : 24 adultes ayant désistés les services offert par la Foundation Central Treatment Unit</p> <p>Caractéristiques des participants : 46 % d'hommes, moyenne d'âge de 37,6 ans. 50 % se sont auto-référés aux services, 25 % par le système de justice criminel, 13 % par les services de protection de l'enfance et 13 % par des pressions familiales.</p> <p>Substance principale consommée : cocaïne (46 %), opiacés (38 %), alcool (13 %).</p>	<p>Étapes de changement du modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente, (1992).</p>	<p>L'abandon des services est défini par 30 jours d'absence au programme.</p> <p>Instrument de mesure :</p> <p>Reason for leaving treatment questionnaire (auteurs, année) :</p> <p>Addiction Severity Index (auteurs, année)</p> <p>- Schedule for nonadaptive and adaptive personality (auteurs, année) -</p> <p>Analyses statistiques :</p> <p>- Statistiques descriptives et corrélation pour évaluer les caractéristiques associées raisons d'abandon des services.</p>	<p>- La moitié de l'échantillon attribue leur abandon à une faible motivation (46 % rapportent avoir changé d'idée par rapport au programme, 46 % rapportent ne pas avoir de bonnes raisons de cesser de consommer, 54 % ne se sentaient pas assez motivés pour continuer le programme et 54 % disent avoir perdu espoir en leur capacité de changer).</p> <p>- 83 % des participants endossaient au moins un item sur l'échelle d'inconstances motivationnelle.</p>	<p>- Seul le statut conjugal est corrélé aux raisons subjectives d'abandon de services, les participants n'ayant jamais été mariés rapportent plus d'inconstances motivationnelles.</p> <p>- Peu d'association entre la gravité des symptômes (consommation, traitements antérieurs, difficultés psychosociales) et les raisons d'abandon.</p>	<p>- Petite taille de l'échantillon limitant la possibilité de détecter les différences significatives.</p> <p>- Échantillon possiblement non-représentatif de la population dépendante vu la méthode d'échantillonnage.</p> <p>- Raisons d'abandon des services nommées rétroactivement donc possiblement affectées par un biais de mémoire.</p>	<p>- Plus grande taille de l'échantillon.</p> <p>- Rencontres en personne avec le personnel de recherche.</p> <p>- Implication du partenaire conjugal.</p> <p>- Démarches de recrutements plus affirmées.</p>

Auteurs : Brochu, Courmoyer, Tremblay, Bergeron, Brunelle et Landry (2006)						
Titre : Understanding treatment impact on drug-addicted offenders						
Objectif : Examiner les variables qui pourraient prédire la persévérance et l'impact du traitement pour la population criminalisée consommant une substance.						
Échantillon	Définition de la motivation	Mesure	Variables à l'étude		Conclusion	
N/sexe/âge/Clientèle adulte émergente		Outils/méthode	Motivation	Persistance dans les services	Limites (selon les auteurs)	Recommandations (selon les auteurs)
<p>Échantillon : 124 adultes (115 hommes, âge moyen 36,09 ans SD 0,26) recruté dans 5 CRD publique au Québec.</p> <p>Méthode d'échantillonnage : 5 catégories d'individus : en attente d'accusation, de procès ou de sentence sous le code criminel, en probation, en libération conditionnelle, en maison de transition et utilisateurs de drogue relâché avec caution.</p> <p>Caractéristiques des participants : Ont été intoxiqué à l'alcool 1-5 fois (18,5 %), 6-10 fois (10,5 %), 11+ (15,4 %), consomment du cannabis (33,9 %), sédatifs (27,4 %), cocaïne (21,8 %). Préoccupation liée à l'alcool/drogue au cours du dernier mois : aucune (43,5/50,8 %), peu (8,1/9,7 %) modéré (15,3/11,3 %) considérable (33,1/29,2 %). 55,6 % sont sous processus judiciaire.</p>	<p>Non spécifiée. Traite de motivation extrinsèque</p>	<p>- Rétention : heures d'exposition au traitement.</p> <p>- Impact du traitement : Addiction Severity Index (ASI).</p> <p>- Variables clients : Alcohol Dependence Scale (ADS), Drug Abuse Screening Test (DAST), Readiness to Change Questionnaire (RCQ), Motives for Change Questionnaire (MCQ), Jessness Inventory (sévérité de la personnalité délinquante).</p> <p>- Variables liées au traitement : The California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS-P), Questionnaire on Reasons for Treatment Termination (QRTT) aux clients et cliniciens.</p> <p>- Variables environnementales : Importance subjective de la pression légale évaluée par un questionnaire développé pour le projet à partir de focus groups conduits auprès d'individus criminalisés dépendants et de professionnels et Social Support Questionnaire (SSQ) version brève.</p> <p>- Méthode de collecte de donnée : Rencontre d'admission pour remplir les questionnaires après 3 semaines pour évaluer l'alliance thérapeutique avec le client (81 % rejoints) et clinicien, rencontres à 6 (83 % rejoints) et 12 (84 % rejoints) mois pour l'ASI et QRTT. Le clinicien rempli un questionnaire sur la manière dont le traitement s'est arrêté lors de l'arrêt.</p> <p>Analyses statistiques : Analyse de régression de survie (analyse de régression de hazard proportionnel de Cox) pour prédire les facteurs liés au risque d'abandon des services, modèle général linéaire multivarié, analyses univariées pour les effets du traitement chez les individus et les différences inter-sujets, analyse de régression multiple, pour la prédiction de la consommation suite au traitement, en tenant compte des covariables (modalité de traitement, statut légal).</p>	<p>- Les motivations extrinsèques des sujets sont prédissent significativement le risque d'abandon (plus la motivation est extrinsèque, plus le risque d'abandon est bas (Exp (B)=.95, p=.034)). Les motivations extrinsèques ont préséances sur la variable abus d'alcool également significatives.</p> <p>- L'importance perçue de la pression judiciaire a un impact positif (p=.006 Exp (B) = .235) sur la persévérance en traitement de ceux qui sont en attentes d'accusation, procès ou sentence (réduit les risques d'abandon d'environ 426 %), significativement différents de ceux en procès/accusé/ sentence (Exp (B) = 4.28) et de ceux pas sous sentence/procès/accusati on, mais sujets à dispositions de sentence (Exp (B) = 4.47)</p>	<p>- Participation moyenne à 27,1 h de traitement (SD 50,9, 17,1 h individuel, 9,7h groupe)</p> <p>- La consommation d'alcool est liée à la persistance dans les services, plus la problématique est sévère, moins les risques d'abandon sont élevés (Exp (B)=0.97, p=.046).</p>	<p>La généralisation des résultats est limitée comme ils sont basés uniquement sur des données auto-rapportées.</p>	<p>Non spécifiées.</p>

Auteurs : Joe, Simpson et Broome, 1998						
Titre : Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process						
Objectif : Examiner le rôle de la préparation au changement comme prédicteur de la rétention dans trois modalités de service différentes dans un échantillon national de programme de traitements en dépendance.						
Échantillon	Définition de la motivation	Mesure	Variables à l'étude		Conclusion	
N/sexe/âge/Clientèle adulte émergente		Outils/méthode	Motivation	Persistance dans les services/ résultats	Limites auteurs	Recommandations (selon les auteurs)
<p>Échantillon : 2265 clients de 18 programmes RLT, 1791 clients de 16 programmes SESD et 981 clients de 13 SETM provenant du Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS)</p> <p>Caractéristiques des participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 66 % d'hommes, 48 % afro-américains, 36 % blancs, moyenne d'âge de 32 ans. - 54 % des participants consomment au moins une fois par semaine de la cocaïne (crack inclus) et 47 % de l'alcool avant le traitement. Profil d'utilisation de substances est différent pour les 3 modalités de traitement. - 42 % ont une personnalité antisociale (51 % dans le RTL) et 13 % une dépression ou de l'anxiété. 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation intrinsèque et extrinsèque. - Étapes progressives d'engagement cognitif qui aide à initier et maintenir le processus dynamique de changements comportementaux - Prochaska et al., 1992 (5 étapes de changement) - De Leon, 1996 (6 étapes pré-traitement et 4 en traitement). 	<p>Méthode : Deux entrevues suite à l'admission et une entrevue à la fin du 1^{er} et 3^e mois de traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rétention : pour le RLT et le SESD, le critère de rétention est fixé à 90 jours et pour le SETM à 360 jours. Ces critères de temps minimal pour obtenir des effets du traitement ont été établis sur la base de recherches passées. - Échelles de motivation pré-traitement : 3 échelles (reconnaissance du problème, désir de recevoir de l'aide et préparation au traitement) basées sur les stades de préparation au traitement de Simpson et Joe (1993) émergeant de l'analyse psychométrique de 20 items du CMRS. Échelle likert à 3 niveaux. Fidélité satisfaisante pour les 3 échelles à travers les 3 programmes (0.71 à 0.81) - Autres variables évaluées : caractéristiques démographiques, utilisation de substances, traitements passés, criminalité, diagnostic psychiatrique, mesure de progrès du traitement, confiance envers le traitement, rapport avec le processus de consultation, engagement thérapeutique. - Analyses statistiques : Modèle de régression linéaire hiérarchisé (tient compte des covariables démographiques). 	<ul style="list-style-type: none"> - La préparation au traitement est le prédicteur le plus significatif de la rétention pour au moins 90 jours pour le RLT (b=0.67, t=5.27, p=0.0001) en tenant compte des covariables, une augmentation du score de préparation au traitement de 1 point augmentait de 101 % les probabilités de rester en traitement pour au moins 90 jours. - Résultats similaires pour le SETM (b=0.72, t=2.23, p=0.045), augmentation de 110 % de la probabilité de rester en traitement par augmentation d'un point au score de préparation au traitement. Le score de préparation au traitement prédit la rétention de façon significativement plus importante pour certains SETM. - Pas de résultats significatifs pour le SESD en tenant compte ou non des covariables. L'échelle de reconnaissance du problème seule prédisait la rétention, augmentation de 17 % de la probabilité de rétention par point sur l'échelle. 	<ul style="list-style-type: none"> - La moitié des clients RLT sont restés en traitement au moins 90 jours, mais la médiane varie entre 29 et 177 jours pour les 18 programmes, il en est de même pour le SESD avec la médiane variant entre 42 et 144 jours pour les 16 programmes. La médiane pour le SETM est de 360 jours, variant entre 117 et 583 pour les 13 programmes. - Covariables associées à la rétention pour le RLT, positivement : âge (augmentation de 3,2 % par année, i=6.06 p=.0001), ne jamais avoir été marié (i=.397, p=.001), être employé (i=.299, p=.01), être dépendant à l'alcool (i=3.66, p=.01) et avoir un statut légal (i=3.77, p=.01). Négativement : utilisation au moins hebdomadaire de marijuana (i=-2.10, p=.05) et nombre d'arrestation à vie (baisse de 12,5 % par unité à l'échelle d'arrêt (i=-4.19, p=.0001). - Covariables associées à la rétention pour le SEMT, positivement : âge (augmentation de 2 % par année, l=2.02 p=.05) et être blanc (i=5.26, p=.0001). Négativement : avoir un statut légal (i=-2.05, p=.05). - différences significatives dans les taux de rétention entre les programmes pour les 3 modalités, en tenant compte des covariables (RLT : variance des composantes = 0.21 X² (17, N=2265)=107.67, p=.001, SESD : variance des composantes =.55 X² (15 N=1791) p=.001, SETM: variance des composantes =.77 X²(12, N=981 p=.001). 	<p>Aucune limite n'est relevée par les auteurs.</p>	<p>Non spécifiées.</p>

Auteurs : Kelly, J.F., Urbanoski, K.A., Hoepfner, B.B. et Slaymaker, V. (2012)						
Titre : Ready, willing and (not) able to change: Young adults' response to residential treatment						
Objectif : Examiner les changements des processus de traitement clefs (détresse psychologique, motivation, auto-efficacité, stratégies d'adaptation et engagement dans les groupes AA/NA) pendant le traitement et tester leur habilité à prévoir les résultats post-traitement à court terme.						
Échantillon	Définition de la motivation	Mesure	Variables à l'étude		Conclusion	
N/sexe/âge/Clientèle adulte émergente		Outils/méthode	Motivation	Persistance dans les services/résultats	Limites (selon les auteurs)	Recommandations (selon les auteurs)
<p>Échantillon : 303 adultes âgés entre 18 et 24 ans (M 20,24 ans) recrutés par méthode d'échantillonnage stratifié à partir de 607 clients admis a un Centre de traitement résidentiel (interne) entre octobre 2006 et mars 2008</p> <p>Caractéristiques des participants : 73 % hommes, 94,7 % caucasiens.</p> <p>Substance principale : alcool (28,1 %), opiacés (22,4 %), cocaïne/crack (12,2 %), amphétamines (5,9 %).</p> <p>- gravité de la dépendance M 18,7 au Leeds Dependence Questionnaire.</p>	<p>Traite de la motivation à l'abstinence.</p> <p>Définition de la motivation non spécifiée.</p>	<p>- Données démographiques : consultation de dossier</p> <p>- détresse psychologique : mesurée à l'admission, mi-traitement et au départ des services à l'aide du Global Severity Index.</p> <p>- Motivation et auto-efficacité (à l'abstinence) : à l'admission et au départ des services par des items uniques, échelle comprenant 10 points</p> <p>- Stratégies d'adaptation : admission et départ des services, Adolescent Relapse coping questionnaire, échelle à 9 items sur les stratégies d'adaptation visant l'abstinence.</p> <p>- Engagement aux groupes AA/NA : admission et départ des services, sous-échelle à 6 items de l'Addiction Treatment Attitudes Questionnaire. Utilisation de substance : admission et 3 mois post-traitement, version modifiée du Form-90 et tests de salives pour les participants habitant à moins de 50 miles du centre</p> <p>- modèle de mesures répétées ajustée avec un effet de temps linéaire avec des modèles ajustés aux facteurs associés aux participants manquants (âge, race, éducation) pour évaluer les changements durant le traitement. Régressions logistiques pour évaluer l'impact des variables de processus sur les résultats du traitement..</p>	<p>- Score de motivation à l'abstinence élevé à l'admission, faible amplitude de changement de taille d'effet standardisé au cours du traitement en comparaison avec les autres variables, tout de même significatif (taille d'effet $d=0,17$, $z=2,39$, $p=0,05$).</p> <p>- Le score de motivation au départ des services prédit l'abstinence trois mois après la fin du traitement ($t=3,13$, $p=0,01$) (mais le sentiment d'auto-efficacité face à l'abstinence a la relation la plus forte avec l'abstinence 3 mois post-traitement).</p> <p>- Réduction de la détresse psychologique (taille d'effet $d=1,09$, $z=-19,43$, $p=0,01$) concomitante avec une augmentation de la motivation durant le traitement.</p> <p>- Hypothèse : motivation doit être haute pour vouloir entreprendre le traitement qui sert à augmenter les autres variables (détresse psychologique, sentiment d'auto-efficacité à l'abstinence, stratégies d'adaptation visant l'abstinence et engagement au groupes AA/NA) et maintenir un niveau de motivation élevé pour permettre le changement chez les clients.</p>	<p>- Durée moyenne du séjour : 25,6 jours.</p> <p>- Écart type : 5,7 (de 4 à 35 jours).</p> <p>- 83,8 % des participants ont quitté avec l'approbation des intervenants.</p> <p>- Le traitement résidentiel (interne) semble offrir l'aide nécessaire aux efforts de changement prévenant la rechute.</p>	<p>- L'étude n'est pas de type expérimentale, ce qui rend impossible l'attribution de liens causaux entre les variables et l'exclusion de l'hypothèse de régression vers la moyenne pour expliquer les changements.</p> <p>- Vérification biologique de l'abstinence possible pour seulement une partie de l'échantillon.</p> <p>- Obstacles à la généralisation : intervenants formé et ayant une licence pour l'implantation de traitement basé sur les données probantes, 2/3 de l'échantillon provenant de famille au-dessus de la moyenne pour ce qui est des moyens financiers.</p>	<p>Non spécifiées.</p>

Auteurs : Melnick, De Leon, Hawke, Jainchill et Kressel (1997)						
Titre : Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescents and adult substance abusers						
Objectif : Examiner de manière comparative les différences de motivation et de préparation au traitement chez un grand échantillon d'adolescents et d'adultes abusants de substances entrant dans un programme résidentiel de communauté thérapeutique : différences d'âge et impact sur la rétention.						
Échantillon	Définition de la motivation	Mesure	Variables à l'étude		Conclusion	
N/sexe/âge/Clientèle adulte émergente		Outils/méthode	Motivation	Persistance dans les services/	Limites (auteurs)	Recommandations (selon les auteurs)
<p>Échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adultes (1458, 19 ans et plus, moyenne d'âge de 26,54 ans, SD 5,71) et adolescents (441, moyenne d'âge de 17,03 ans, SD 0,89) recrutés entre 1984 et 1987 dans une communauté thérapeutique urbaine (CTU). - Échantillon de 656 adolescents (18 ans et moins) recrutés par le Adolescents in Therapeutic Communities Evaluation Project, (ATC), proviennent de 6 TC, moyenne d'âge de 16,69 ans, SD 1,44. - Différences significatives sur le plan de l'âge entre les adolescents et les adultes, pas entre les 2 groupes d'adolescents. <p>Caractéristiques des participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Différences significatives entre CTU et ATC au niveau démographique (race afro-américaine est la plus représentée dans CTU versus blanc dans ATC), des patterns d'abus de drogue (plus haut pourcentage d'alcool comme substance principale dans ATC) et des caractéristiques de référence (plus de volontaire dans CTU par rapport à plus de références législatives dans ATC). - Différences significatives entre les adolescents et adultes CTU : plus de femmes, d'afro-américains et d'utilisateurs de cocaïne et d'opiacés chez les adultes, par rapport à plus d'utilisateurs de marijuana et plus de blanc chez les adolescents. 	<p>Non spécifiée. L'outil de mesure de la motivation réfère à la motivation intrinsèque et extrinsèque, à la préparation au changement et à la perception de l'adéquation du traitement au besoin du client.</p>	<p>Motivation : basé sur le CMRS version adolescent, 25 items, 1 items de préparation au changement a été exclu, coefficient de fidélité de Cronbach's de 0,90 pour les adolescents et de 0,88 pour les adultes pour l'échelle de score totale.</p> <p>- Rétention 1 : nombre de jours en traitement et rétention suite à 45 jours pour l'abandon des services (critère basée sur la période où l'abandon des services est le plus élevé selon la littérature sur les CT).</p> <p>- Rétention 2 : Durée planifiée du traitement, 15 à 18 mois pour le CTU et entre 6 et 12 mois pour les programmes ATC. Différences significatives affectant les analyses de l'étude.</p> <p>-Analyses statistiques : ANOVAS, analyses univariées et multivariées, régressions logistiques.</p>	<p>- La motivation et la préparation au traitement pour le CT augmente avec l'âge : la moyenne à chaque échelle du CMRS et au score total augmente avec l'âge (scores 14-18= 77-89, 19-20= 90, 21-26= 93 et 27+= 94, p=.01)À l'exception de l'échelle des circonstances pour le groupe ATC. Relation positive linéaire (ATC $r=.11$, LUTC $r=.16$, $p=.05$).</p> <p>- L'âge est le contributeur le plus important des scores au CMRS. Chacune des échelles du CMRS ainsi que le score total sont significativement corrélés au nombre de jours en traitement pour l'ensemble de l'échantillon (adolescents en communauté thérapeutique $r=0,11$, adultes et adolescents en communauté thérapeutique urbaine $r=0,16$ $p=0,05$).</p> <p>- Les adolescents ATC et CTU ayant de scores élevés au CMRS sont approximativement 2 fois plus susceptibles d'être en traitement après 45 jours par rapport à ceux ayant des scores faibles (analyse univariée scores faibles adolescents=1.00, scores élevés 1.88 (ATC) et 2.12(CTU) $p=0.001$), les adultes 1,5 fois (analyse univariée scores faibles 1.00, scores élevés 1.51, $p=.001$). Pour le ATC, les utilisateurs d'opiacés et de cocaïne (ratio de probabilité 0,63, 0,65, $p=0,05$) par rapport aux utilisateurs de marijuana (ratio de probabilité 1,00) et ceux référé législativement (ratio de probabilité 1,31, $p=0,05$) par rapport aux admissions volontaires (ratio de probabilité 1,00) avaient des ratios de probabilité de 45 jours en traitement plus faibles.</p> <p>- Pour les adultes CTU, les scores au CMRS sont le plus grand prédicteur de la persistance 12 mois, suivi du genre masculin (ratio de probabilité=1.49, $p=.004$) et de la race afro-américaine (ration de probabilité =1.27, $p=.03$). La référence législative est le seul prédicteur pour les adolescents ATC.</p> <p>- Pour le groupe CTU les analyses confirment une relation entre l'âge et les scores CMRS et entre les scores CMRS et la rétention.</p>	<p>- Différence significative ($p=0,01$) entre l'échantillon ATC (132 jours) et CTU (adolescents 212 jours, adultes 232 jours) quant au nombre de jours passés en traitement, mais pas entre les adolescents et les adultes CTU. Durée planifiée du traitement (DPT) varie selon le programme, les différences diminuent lorsque la DPT est contrôlée.</p> <p>- Le taux de rétention de 45 jours pour les participants adultes et adolescents est similaire (65-70 %).</p> <p>- Relation significative avec les scores au CMRS : des scores plus élevés sont liés au maintien du traitement pour 45 jours (test de linéarité de Mantel Haenszel de 76,6 à 80,2 %, $p=.001$). Même résultats lorsque les analyses sont réalisés pour les groupes séparés (CTU adolescent/adultes, ATC) sauf pour les 17 ans ATC.</p> <p>- Pas de différences significatives entre les adultes (19-27ans+ : 31,1 %) et adolescents (16-19 ans : 29-,5 %) CTU quant à la persistance dans les services pour 12 mois. La persistance pour 12 mois des adolescents ATC (19,9 %, $p=0,05$) est significativement plus basse que la persistance des groupes CTU.</p>	<p>Échantillon représentant seulement les individus demandant des services.</p> <p>- Le haut taux d'abandon avant 45 jours tend à éliminer l'interaction âge et résultats du CMRS quant à la prédiction de la rétention à court terme.</p>	<p>- Études pour clarifier les relations entre l'âge, les influences de vie et les facteurs motivationnels et de préparation au traitement.</p> <p>- Importances d'évaluer les facteurs motivationnels dans les protocoles de recherche portant sur la persistance, la référence législative et l'âge.</p>

Auteurs : Mensinger, Diamond, Kaminer et Wintersteen (2006)						
Titre : Adolescent and therapist perception of barriers to outpatient substance abuse treatment						
Objectif : Examiner les barrières à la participation au traitement perçues par 600 adolescents participant à une étude clinique multi-site ciblant l'usage de marijuana.						
Échantillon	Définition de la motivation	Mesure	Variables à l'étude		Conclusion	
N/sexe/âge/Clientèle adulte émergente		Outils/méthode	Motivation	Persistance	Limites (selon les auteurs)	Recommandations (selon les auteurs)
<p>Échantillon : 600 adolescents du Cannabis Youth Treatment projet (CYT). Inclusion : diagnostic d'abus ou de dépendance, utiliser de la marijuana au cours des 90 derniers jours et rencontrer les critères de l'American Society of Addiction Medicine placement en service externe régulier ou intenti. Exclusion : consommer de l'alcool 45 jours ou plus ou d'autres drogue 13 jours ou plus au cours des 90 derniers jours, condition médicale sévère, capacités mentales insuffisantes, historique de comportement violent ou crime contre la personne, TC sévère, connaissance de l'anglais insuffisante.</p> <p>Caractéristiques des participants : 83 % d'hommes, 61 % caucasiens, 85 % âgés entre 15 et 18 ans (âgés entre 13-18 ans, M 15,7 SD 1,22). 50 % de famille monoparentale, 62 % impliqués avec le système de justice criminel. 43 % sont de classe ouvrière, 22 % moyenne élevée et 22 % pauvre. 32 % se sentent forcés d'aller en traitement. 80 % ne croient pas avoir besoin de traitement, 46 % ont un diagnostic de dépendance, 26 % ont déjà été en traitement, 71 % utilisent la marijuana hebdomadairement, 85 % ont commencé à consommer avant 15 ans.</p> <p>- 14 cliniciens M 39 ans (25-55 ans), 7 caucasiens, 4 hommes, 8 ont une maîtrise, 3 un baccalauréat, 3 un doctorat, moyenne d'années de pratique avec les adolescents de 5,7 ans.</p>	<p>Non spécifiée. Traite de préparation au traitement.</p>	<p>-Méthode : Collecte à l'admission, 3, 6, 9, 12, 30 et 40 mois, taux de rétention de 95 %.</p> <p>- Résultats du traitement : Global assesments of individual Needs (GAIN).</p> <p>- Fonctionnement familial : Family Environment Scale.</p> <p>- Symptômes de troubles de la personnalité de l'axe B : Structured Clinical Interview for DSM-IV.</p> <p>- Barrières au traitement perçues : Perceived Barriers to Treatment (PBT) scale, développé pour le CYT, version modifiée de l'outil de Kazdin créé pour les parents. 30 items évaluant les barrières pratiques et psychologique à la persistance dans les services, échelle de likert à 5 niveaux. 4 dimensions déterminée par analyse avec rotation promax : pertinence du traitement, compatibilité du traitement, préparation au traitement et obstacles pratiques. Passation à 12 semaines (cliniciens/clients).</p> <p>- Persistance : pourcentage de sessions prescrites auquel le participant s'est présenté.</p> <p>-Analyses statistiques : régressions linéaires par pallier pour évaluer si le PBT explique une variance significative dans le nombre de session de traitement auquel les clients ont participé, corrélations préliminaires pour évaluer quelles variables contribue à la persistance dans les services et régression par pallier avec les covariables significatives et les résultats du PBT.</p>	<p>- La préparation au traitement est associée à une participation plus élevée aux séances de traitement selon les thérapeutes (barrières totales $r=-.429$, $p=.001$) et les clients ($r=-.181$, $p=.001$).</p> <p>- 4,9 % de la variance dans la présence au traitement est expliquée par la préparation au traitement selon la perception du thérapeute ($p=0.001$) en tenant compte des covariables significativement associées à la persistance ($p=0.001$)(faire partie d'une minorité, garde attribuée à un seul parent, plus de problèmes de conduites rapportés par les parents, plus d'utilisation de substances rapportée par les parents, thérapeute d'une race différente, thérapeute avec plus d'années d'expérience, être assigné à un protocole de traitement plus long) Un 8,5 % supplémentaire est expliqué par la perception du clinicien de l'adéquation du traitement pour le client.</p> <p>- 1,4 % de la variance dans la présence au traitement est expliquée par la préparation au traitement selon la perception du client ($p<0.001$) en tenant compte des covariables significativement associées à la persistance ($p<0.001$).</p>	<p>Association significative ($p=0.001$) entre les résultats au PBT et le nombre de session de auquel les participants ont assisté. Toutes les échelles du PBT sont significatives pour les cliniciens($p=0.001$, obstacles pratiques $r=-.35$, préparation au traitement $r=.31$, compatibilité du traitement $r=.32$ et pertinence du traitement $r=.37$).</p>	<p>- Covariables choisies statistiquement et non en lien avec la théorie.</p> <p>- Taille d'effet généralement petite, donc évidence préliminaire seulement des associations.</p> <p>- Absence de données sur les barrières au traitement de la perspective des parents pour les adolescents dont la référence n'impliquait pas le parent.</p> <p>- Les échelles de pertinence et de préparation au traitement ont été difficiles à nommer et contenaient des items facilement interchangeables.</p>	<p>- Ce que les clients pensent du traitement, ce qui dégage de la relation client-clinicien et les différences au niveau du genre et de la race devraient être des points centraux de stratégies de recherche.</p> <p>- Utiliser des variables de contrôle recommandées par la littérature plutôt que par le fait qu'elle soit statistiquement significative.</p> <p>- Une attention particulière devrait être portée au nombre d'années d'expérience du clinicien.</p> <p>- Inclure les parents dans l'évaluation.</p> <p>- Meilleure différenciation des échelles du PBT.</p>

Auteurs : Palmer, Murphy, Piselli et Ball (2009)						
Titre : Substance user treatment dropout from client and clinician perspectives: A pilot study						
Objectif : Examiner les perspectives des cliniciens et des clients par rapport aux facteurs contribuant aux raisons d'abandon de traitement, en portant attention aux facteurs liés aux individus, aux programmes et aux professionnels.						
Echantillon	Définition de la motivation	Mesure	Variables à l'étude		Conclusion	
N/sexe/âge/Clientèle adulte émergente		Outils/méthode	Motivation	Persistance dans les services/ résultats	Limites (selon les auteurs)	Recommandations (selon les auteurs)
<p>Échantillon client : Clients : 22 individus recrutés par affiche dans les salles d'attentes des services et annonces durant les séances de groupe âgés entre 20 et 57 ans (M 39,1 ans), 73 % hommes, 50 % afro-américains, 41 % caucasiens, 4 % hispaniques et 4 % d'une autre ethnie. Moyenne de 4,8 initiations de traitement. A l'évaluation, 36 % en traitement de 1-4 semaines, 14 % 5-8 semaines, 23 % 9-12 semaines, 23 % 3-6 mois et 5 % 1-2 ans.</p> <p>Caractéristiques des participants : Services offerts à une clientèle ayant peu ou pas de revenus, nombre significatif de références légales, problème de santé mentale non sévère et dépendance à diverses substances (alcool, opiacés, cocaïne, marijuana).</p> <p>Échantillon Professionnels : 22 individus recrutés par des annonces faites lors de réunions d'équipe, âgés de 25 à 76 ans (M 43,8 ans) 64 % femmes, 52 % caucasiens, 24 % afro-américains, 10 % hispaniques, 15 % autres ethnies. M 10,1 ans d'années de pratique, M 6,1 ans d'expérience de supervision et M 7,1 ans de travail à la clinique. 41 % ont une maîtrise et 27 % un doctorat (M années d'étude 15,2 ans).</p>	<p>Non spécifiée. Traite de motivation et préparation au changement.</p>	<p>Questionnaire :</p> <p>Reasons for Leaving Treatment</p> <p>Focus group clients et professionnels. Réponses qualitatives évaluées de manières quantitatives en créant 3 catégories de réponses : problèmes liés au client (réactions négatives, problème de santé, motivation et préparation au changement, rémission de l'utilisation de substance), problèmes liés au personnel ou au programme et problèmes externes. Les fréquences de raisons endossées ont servi à créer des scores aux deux sous-échelles suivantes : problèmes individuels (comprenant les sous-échelles d'inquiétude intrapersonnelle et psychosociale) et problèmes liés au programme ou professionnels.</p> <p>Méthode : administration des questionnaires dans une premier temps, puis participation au focus groups dans un deuxième temps.</p> <p>Analyses statistiques : statistique descriptives, ANOVAS pour examiner les différences inter-groupes au questionnaire et aux focus groups, Test-t pour échantillons pairés pour évaluer les différences entre les échelles individuelles et liées au programme du RLTQ.</p>	<p>- RLTQ : Les cliniciens rapportent de manière significativement plus élevée que l'abandon est lié à un manque de motivation à se présenter aux rendez-vous (F(1,41)=13.32, p=.001) et au faible espoir dans la capacité de changer chez les clients(F(1,41)=4.09, p=.05).</p> <p>- Évaluation des focus groups : Les clients rapportent 15 % du temps des raisons d'abandon liées à la motivation et à la préparation au changement (3^e plus fréquente). Les cliniciens rapportent 16 % du temps des raisons d'abandon liées à la motivation et à la préparation au changement (plus fréquente).</p> <p>- Réponses aux focus group : Clients (J'ai abandonné avant la fin quelques fois. J'étais pas prêt vous savez, je pensais que c'était pas si pire que ça...) Cliniciens (Et ils ont l'impression qu'à part être arrêté pour achat il n'y a pas encore vraiment de conséquences négatives. Alors ils le voient pas comme un problème...)</p>	<p>- RLTQ : Les clients (t(20)=6.04, p=.001) et professionnels (t(21)=10.07, p=.001) rapportent significativement plus de raisons individuelles d'abandon que les clients (F(1,41)=4,28, p=0,05).</p> <p>- Évaluation des focus groups : Pas de différences significatives entre les réponses des cliniciens et clients, ni entre les raisons individuelles ou liées au programme.</p>	<p>- Généralisabilité des résultats à cause de la petite taille de l'échantillon, les informations auto-rapportées et la prédominance d'hommes dans l'échantillon client. Échantillon provenant de deux cliniques américaines, clients en service depuis 2-6 mois ce qui peut avoir un impact sur l'alliance avec le clinicien et la capacité à envisager des raisons d'abandon.</p> <p>- Pas d'information sur le nombre d'abandons de services des clients.</p> <p>- Les différences des réponses au RLTQ entre les clients et cliniciens pourraient être attribuables aux différences d'instructions données aux groupes.</p> <p>- Les mesures pour assurer la confidentialité ont empêché la collecte de données concernant les relations client-clinicien.</p>	<p>- Les recherches futures devraient inclure les aspects suivants : jugement clinique, processus diagnostique, processus de sélection d'objectif de traitement, processus de sélection de technique d'intervention et autres caractéristiques liées à la mise en place temporelle du traitement.</p>

Auteurs : Sinha, R., Easton, C. et Kemp, K. (2003)						
Titre : Substance abuse treatment characteristics of probation-referred young adults in a community-based outpatient program						
Objectif : Examen des caractéristiques du traitement des adultes émergents abusant de substance en comparaison avec les adultes (H : pattern d'abus de substance différent, moins de motivation à changer, pronostic moins favorable).						
Échantillon	Définition de la motivation	Mesure	Variables à l'étude		Conclusion	
N/sexe/âge/Clientèle adulte émergente		Outils/méthode	Motivation	Persistance dans les services/ résultats	Limites (selon les auteurs)	Recommandations (selon les auteurs)
<p>Échantillon : 434 clients référés par le New Haven Office of Adult Probation et admis dans un service externe de traitement des dépendances, 85 % d'hommes, 48 % afro-américains, 35 % caucasiens, 15 % hispaniques et 2 % autre. 171 sont âgés de 18 à 25 ans.</p> <p>Caractéristiques des participants : L'âge de première utilisation est de 14,8 ans pour les 18-25 et de 18,2 pour les 25-46 ans.</p> <p>- substance première : marijuana 64 18-25, 14 26-45, alcool 13 18-25, 51 26-45, cocaïne 15 18-25, 22 26-45, opiacés 5 18-25, 10 26-45, autre 3 18-25, 3 26-45.</p>	<p>Étapes de changement de Prochaska et DiClemente (par l'outil de mesure de la motivation sélectionné).</p>	<p>- Entrevue diagnostique basée sur les critères du DSM-IV pour classer les participants entre problème transitoire ou dépendance à vie.</p> <p>- Test d'urine et d'haleine pour évaluer la consommation récente à des intervalles fréquents et irréguliers.</p> <p>- Beck Depression Inventory, 21 items afin de vérifier les symptômes dépressifs récents.</p> <p>- Stages of Change Readiness and Treatment Engagement Scale (SOCRATES), mesure auto-rapportée à 19 items pour évaluer la motivation à changer les comportements d'utilisation de substance, score par étape de motivation.</p> <p>- Présence au traitement obtenue par la consultation des graphiques patients et complétion du traitement obtenue par le biais du clinicien au moment de la cessation du traitement.</p> <p>- Méthode : évaluation à l'admission et durant le traitement et à l'arrêt du traitement.</p> <p>- Analyses statistiques : ANOVA pour évaluer les différences inter-groupes.</p>	<p>- SOCRATES : les 18-25 ans obtiennent des scores significativement plus haut à la phase de précontemplation (F(1,344)=10,8, p=0,001) et significativement plus bas au stade de la contemplation (F(1,338)=12,6, p=0,000), de l'action (F(1,337)=8,6, p=0,004) et du maintien (F(1,337)=12,3, p=0,001) que les 26-45 ans.</p> <p>- Les scores élevés de précontemplation combinés au pronostic plus faible suggère que la pression légale externe n'a pas fait la transition vers la motivation internalisée pour les adultes émergents.</p>	<p>- Pas de différence significative sur la durée dans les services (F(1,431)=1,0, p=0,305) ni la présence aux séances de traitement (F(1,426)=0,457, p=0,499) entre les 18-25 ans et les 26-45 ans (malgré les différences dans la motivation).</p> <p>- Pourcentage significativement plus élevé de 18-25 qui n'ont pas complété le traitement avec succès (65 % par rapport à 54 % $X^2=5,04$, p=0,016) sans contrôler pour la motivation.</p> <p>- Pourcentage plus élevé de 26-45 qui sont sans-consommation récente au terme du traitement (70 % par rapport à 30 %) sans contrôler pour la motivation.</p>	<p>- Les différences significatives sur le plan des données démographiques entre les groupes ne peuvent peut-être pas être généralisées à une population de consommateurs n'ayant pas de probation.</p> <p>- La motivation au traitement n'est pas évaluée, seulement les étapes de changement.</p> <p>- La généralisabilité des résultats est limitée par les caractéristiques de l'échantillon : 18-45 ans référés par l'office de probation pour adulte admissible aux services externes en terme de niveau de service offert. Ils peuvent être différents des jeunes adultes sans probation et ayant besoins de services plus intensifs</p>	<p>- Recherches futures sur les approches motivationnelles avec des échantillons de jeunes adultes abusant de substances sous probation et sans probation.</p>

ANNEXE B

Tableau comparatif des études recensées

Tableau comparatif des études recensées

Auteurs	Échantillon d'adultes émergents	Motivation			Autres variables							Persistance/Abandon	
		Niveaux	Sources	Nature	Sexe	Âge	Statut conjugal	Statut parental	Gravité de la consommation	Traitements antérieurs	Mode de référence	Présence et absence	Approbation clinicien
Ball et al. (2006)		X					X		X			X	
Brochu et al. (2006)				X					X				
Joe et al. (1998)		X		X		X	X				X		
Kelly et al. (2012)	X												
Melnick et al. (1997)				X	X	X					X		
Mensingher et al. (2006)									X			X	
Palmer et al. (2009)													
Sinha et al. (2003)	X	X				X							X