



Entretien motivationnel en cas de consommation de substances

Référence

Schwenker R, Dietrich CE, Hirpa S, et al. Motivational interviewing for substance use reduction. Cochrane Database Syst Rev 2023, Issue 12.
DOI: 10.1002/14651858.CD008063.pub3

Analyse de

Pauline Stas, klinisch psycholoog,
wetenschappelijk medewerker Vlaams
Expertisecentrum Suïcidepreventie
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quelle est l'efficacité de l'entretien motivationnel chez les personnes présentant des troubles liés à la consommation de substances psychoactives sur l'ampleur de la consommation, la volonté de changer et l'observance du traitement, par comparaison avec l'absence de traitement, avec la prise en charge habituelle, avec l'information offrant la possibilité de poser des questions ou avec un autre traitement actif ?

Contexte

La consommation de substances est un problème très fréquent. L'enquête nationale de santé auprès des Belges âgés de 15 ans et plus montre qu'une consommation excessive d'alcool se rencontre chez 6% de la population et une consommation problématique de cannabis chez 3% (1,2). En outre, 9% de la population a déjà expérimenté d'autres drogues que le cannabis, et 2,9% de la population a consommé d'autres drogues au cours de l'année écoulée (2). L'alcool et les drogues peuvent avoir un impact significatif sur la personne qui en consomme et sur son environnement ainsi que sur la société. Chaque année, environ 3 millions de décès dans le monde (5,3% de l'ensemble des décès) sont dus à une consommation problématique d'alcool, et 494000 décès sont liés à la consommation d'autres substances (3,4). Il est donc de la plus haute importance de fournir un traitement efficace pour réduire la consommation de substances psychoactives. L'entretien motivationnel est une technique de conversation axée sur la collaboration et la fixation d'objectifs pour renforcer la motivation vers le changement et pour améliorer l'observance du traitement (5-7). L'entretien motivationnel explore l'ambivalence face au changement. Cette technique a été développée initialement pour être utilisée dans le traitement de la dépendance à l'alcool, puis également pour le traitement de la dépendance à d'autres substances, pour le traitement des comportements à risque et pour la promotion de la santé.

Résumé

Méthodologie

Synthèse méthodique et méta-analyse (8)

Sources consultées

- CENTRAL et le registre du groupe Cochrane sur les drogues et l'alcool (*Cochrane Drugs and Alcohol Review Group*, CDAG), MEDLINE, Embase, PsycInfo, PsychExtra, jusqu'au 3 novembre 2022
- mises à jour de précédentes recherches (jusqu'au 24 mars 2022) : International Bibliography of the Social Sciences ; Sociological Abstracts, CINCH Australian Criminology Database, SveMed+ et National Criminal Justice Reference Service (NCJRS) ; SpringerLink et Library

of the National Documentation Centre on Drug Use , ISI Web of Science, Wiley Interscience, Google (Scholar), DrugScope Library, C2-SPECTR

- sites Web (23 mars 2022) : www.motivationalinterview.org, nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM_ID=182, www.controlled-trials.com, clinicalstudyresults.org, [centrewatch](http://centrewatch.org), trialsearch.who.int
- listes de diffusion (23 mars 2022) : MINT-listserv, Australian Criminology Listserv, Campbell Crime & Justice Group Steering Committee, Crimnet
- listes de références des études incluses.

Études sélectionnées :

- critères d'inclusion :
 - études contrôlées (quasi) randomisées portant sur les effets de l'entretien motivationnel ou de la thérapie d'amélioration motivationnelle (individuelle et en face-à-face) sur la consommation de substances, par comparaison avec l'absence de traitement, avec la prise en charge habituelle, avec l'information offrant la possibilité de poser des questions, ou avec une autre intervention active
 - l'entretien motivationnel est une technique de conversation visant à renforcer la motivation vers le changement et la volonté de changer et à augmenter l'observance du traitement. Il s'agit d'une approche centrée sur le patient, qui met l'accent sur la collaboration et l'utilisation d'un langage orienté vers le changement. Les quatre processus utilisés dans le cadre de l'entretien motivationnel sont l'engagement dans la relation (c'est-à-dire l'établissement d'une relation thérapeutique), la focalisation (c'est-à-dire l'élaboration d'un programme spécifique et la fixation d'objectifs clairs), l'évocation (c'est-à-dire l'exploration de la motivation vers le changement et des arguments propres au patient en faveur d'un changement) et la planification (engagement vers le changement et formulation d'un plan d'action concret)
 - la thérapie d'amélioration de la motivation est une forme modifiée d'entretien motivationnel qui intègre un retour d'information personnalisé pour faciliter le changement ; l'approche est donc légèrement plus spécifique que l'entretien motivationnel général, et met l'accent sur l'évaluation personnelle, le retour d'information et les plans de changement
 - les études ne sont incluses que si l'intervention répond aux critères de qualité prédéfinis par Miller et Rollnick, les créateurs de l'entretien motivationnel ; ces critères couvrent le contenu de l'intervention, la formation du personnel soignant chargé de l'intervention, l'assurance qualité, la fiabilité et la documentation transparente du déroulement
 - en cas d'intervention à plusieurs composantes : inclusion uniquement si les éléments supplémentaires (en plus de l'entretien motivationnel/la thérapie d'amélioration) étaient également proposés dans le groupe témoin
 - participants chez qui a été formellement diagnostiqué (ICD-10, ICD-11 ou DSM-III-R, DSM-IV ou DSM-V) un trouble lié à la consommation de substances ou chez qui le dépistage est positif (en utilisant des instruments de dépistage validés) pour le risque de consommation dangereuse de substances (alcool, drogues, substances inhalées et autres substances qui peuvent être consommées, inhalées, injectées ou introduites dans le corps d'une autre manière et susceptibles d'entraîner une dépendance et d'autres conséquences néfastes)
- critères d'exclusion :
 - la substance est la nicotine
 - études présentant insuffisamment d'informations sur les critères de qualité relatifs au contenu de l'intervention, à la formation, à l'assurance qualité et à l'observance, aux rapports sur le processus
 - contrôle avec des interventions actives où les thérapeutes réfléchissent aux expériences/perceptions des participants, posent des questions sur les perceptions

des patients concernant la consommation de substances par leurs pairs, fournissent un retour d'information adapté à l'âge sur les niveaux de consommation de substances, demandent aux participants comment réduire leur consommation de substances ou discutent de stratégies pour réduire les dommages

- publications à partir de 1983
- pas de restriction quant à la langue de publication
- finalement, inclusion de :
 - 91 RCTs et 2 quasi RCTs menées aux États-Unis (N = 72), en Australie (N = 5), aux Pays-Bas (N = 4), au Royaume-Uni (N = 4), au Canada (N = 2), en Suède (N = 1), en Allemagne (N = 1), en Suisse (N = 1), au Mexique (N = 1), en Afrique du Sud (N = 1), en Nouvelle-Zélande (N = 1) ; 73 études étaient monocentriques, et 20 études étaient multicentriques ; le recrutement pour les études a eu lieu dans des centres ambulatoires et dans des centres résidentiels, des écoles/universités/collèges, des centres de recrutement militaire, des centres de santé pour anciens combattants et dans des prisons ; les substances étudiées étaient l'alcool (N = 43), l'alcool et d'autres drogues (N = 32), le cannabis (N = 10), plusieurs drogues (N = 5) et la cocaïne (N = 3)
 - les études portaient sur l'entretien motivationnel (N = 70) et sur la thérapie d'amélioration de la motivation (N = 23), par comparaison avec l'absence d'intervention (N = 34), la prise en charge habituelle (N = 23), l'information et le retour d'information (N = 9) et d'autres interventions actives (N = 30). Les interventions motivationnelles variaient de 1 à 9 séances d'une durée de 10 à 148 minutes par séance.

Population étudiée :

- 22776 participants (25 à 1726 par étude) ; la plupart des études ont inclus aussi bien des hommes que des femmes (N = 84 ; n = 20867), 5 études ont inclus uniquement des hommes (n = 993) et 4 études uniquement des femmes (n = 916). 54 études ont été menées auprès d'adultes, 19 études auprès de jeunes adultes, 12 études auprès d'adolescents et 8 auprès d'adolescents et de jeunes adultes.

Mesure des résultats

- principaux critères de jugement : consommation de substances : en utilisant différents questionnaires et instruments validés
- critères de jugement secondaires : volonté de changer et observance (poursuite du traitement)
- les résultats ont été mesurés immédiatement après l'intervention, à court terme (< 6 mois après l'intervention), à moyen terme (6 à 12 mois après l'intervention), et à long terme (> 12 mois après l'intervention)
- méta-analyse utilisant un modèle à effet aléatoire ; analyse en intention de traiter.

Résultats

- résultats des principaux critères de jugement (*tableau 1*) :
 - par comparaison avec l'absence de traitement : effet significatif en faveur des groupes intervention, immédiatement après l'intervention, à court terme et à moyen terme ; l'effet n'était pas significatif à long terme
 - par comparaison avec la prise en charge habituelle : effet immédiatement après l'intervention significatif en faveur des groupes témoins, et effet à moyen terme significatif en faveur des groupes intervention ; pas d'effet significatif à court terme et à long terme
 - par comparaison avec l'information et le retour d'information : différences significatives en faveur des groupes intervention à moyen terme et à long terme ; pas d'effet significatif à court terme, et données insuffisantes immédiatement après l'intervention

- par comparaison avec d'autres traitements actifs : pas de différences significatives, que ce soit immédiatement après l'intervention, à court terme, à moyen terme ou à long terme.

	Immédiatement après l'intervention	À court terme	À moyen terme	À long terme
Par comparaison avec l'absence de traitement	DMS de 0,48 avec IC à 95% de 0,07 à 0,89 Faible niveau de preuve $I^2 = 75\%$ $N = 6, n = 471$	DMS de 0,20 avec IC à 95% de 0,12 à 0,28 Très faible niveau de preuve $I^2 = 27\%$ $N = 19, n = 3351$	DMS de 0,12 avec IC à 95% de 0,05 à 0,20 Faible niveau de preuve $I^2 = 5\%$ $N = 16, n = 3137$	Non significatif $N = 9, n = 1525$
Par comparaison avec le traitement habituel	DMS de 0,14 avec IC à 95% de -0,27 à -0,02 Très faible niveau de preuve $I^2 = 0\%$ $N = 5, n = 976$	Non significatif $N = 14, n = 3066$	DMS de 0,12 avec IC à 95% de 0,02 à 0,22 Faible niveau de preuve $I^2 = 0\%$ $N = 9, n = 1694$	Non significatif $N = 8, n = 1449$
Par comparaison avec l'information et le retour d'information	Aucune donnée	Non significatif $N = 7, n = 854$	DMS de 0,24 avec IC à 95% de 0,08 à -0,40 Niveau de preuve modéré $I^2 = 0\%$ $N = 6, n = 688$	DMS de 0,24 avec IC à 95% de 0,07 à -0,41 Niveau de preuve modéré $I^2 = 0\%$ $N = 3 ; n = 448$
Par comparaison avec le traitement actif	Non significatif $N = 3, n = 338$	Non significatif $N = 18, n = 2795$	Non significatif $N = 15, n = 2352$	Non significatif $N = 10, n = 1908$

DMS : différence moyenne standardisée.

- critères de jugement secondaires : aucune différence significative entre les groupes intervention et les groupes témoins n'a été constatée en ce qui concerne la volonté de changement et l'observance.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que l'entretien motivationnel peut réduire la consommation de substances à court terme, par comparaison avec l'absence d'intervention. L'entretien motivationnel réduit probablement un peu la consommation de substances à moyen terme et à long terme, par comparaison avec le suivi et le retour d'informations. Il se peut que l'entretien motivationnel ne fasse que peu ou pas de différence dans la consommation de substances, par comparaison avec la prise en charge habituelle ou avec une autre intervention active. Il n'est pas certain que l'entretien motivationnel ait un effet sur la volonté de changer et de rester en traitement. Les études incluses dans cette revue étaient hétérogènes à bien des égards, notamment en ce qui concerne les caractéristiques des participants, les substances et les interventions. L'entretien motivationnel est largement utilisé et fait l'objet de recherches. Par conséquent, il est très important que les prestataires de soins respectent les conditions de qualité et qu'ils les rapportent de manière à ce que les synthèses méthodiques et les résumés des données probantes n'incluent que des études dans lesquelles l'intervention mise en œuvre est effectivement un entretien motivationnel. Dans l'ensemble, les auteurs n'ont qu'une confiance modérée, voire nulle, dans les données disponibles, ce qui nous oblige à être prudents dans

nos conclusions. Par conséquent, les études futures sont susceptibles de modifier les résultats et les conclusions de cette analyse.

Financement de l'étude

Pas de financement mentionné.

Conflits d'intérêt des auteurs

Pas de conflits d'intérêt mentionné.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

La présente étude est une étude de la Cochrane et a donc été réalisée conformément aux normes méthodologiques rigoureuses de la Collaboration Cochrane. La recherche d'études a été effectuée de manière très approfondie dans de nombreuses sources différentes, y compris des sites Web et des listes de diffusion. Les auteurs ont identifié le risque de biais. Pour 69 études, un risque de biais élevé a été identifié dans au moins un domaine. 24 études ne présentaient pas de risque de biais élevé, dans quelque domaine que ce soit. Le risque de biais le plus élevé concernait la mise en aveugle des participants, des prestataires de soins et des évaluateurs (biais de performance et de détection). Compte tenu de la nature de l'intervention, l'insu est difficile à mettre en œuvre. L'évaluation en aveugle pourrait être améliorée en ajoutant des mesures qui ne soient pas rapportées par les clients (par exemple, des tests de dépistage de drogues). Par ailleurs, un risque indéterminé d'autres formes de biais a été évalué pour 54 autres études. Il s'agissait principalement de l'utilisation exclusive de critères de jugement (autodéclarés) non physiologiques. D'autres aspects qui ont contribué au risque de biais sont les différences au départ entre les groupes intervention et les groupes témoins, les différents traitements au moment du suivi, la consultation d'autres prestataires de soins pendant la durée de l'étude. Par ailleurs, le biais de publication a également été examiné à l'aide de funnel plots. Dans les comparaisons avec l'absence de traitement, on observe une légère asymétrie pour les petites études, ce qui pourrait indiquer un biais de publication. Dans les autres comparaisons, il n'y a pas de preuve de biais de publication. Les analyses de sensibilité qui tenaient compte du risque de biais ont trouvé des résultats similaires.

La « taille optimale de l'information » a été utilisée pour évaluer si, sur la base de la taille de l'échantillon, un effet statistiquement significatif pouvait être détecté dans la méta-analyse. Pour remarquer une petite différence (différence moyenne standardisée de 0,2), il fallait 1786 participants. Une différence modérée nécessitait 290 participants, et une grande différence 116. Le nombre de 1786 participants était atteint pour certaines comparaisons, mais pas pour bon nombre d'autres comparaisons. C'est peut-être pour cette raison que certains effets n'ont pas été remarqués. Pour certains résultats non significatifs, il y avait pourtant suffisamment de participants (et par conséquent suffisamment de puissance), donc cela n'explique pas totalement l'absence de résultats significatifs.

Évaluation des résultats

La revue définit clairement l'intervention étudiée. Les études ne contenant pas suffisamment d'informations sur les critères de qualité établis pour l'entretien motivationnel n'ont pas été incluses. L'intervention elle-même n'est pas discutée en détail dans cette revue, mais il est fait référence aux protocoles originaux. Les études sont toutefois très hétérogènes quant au nombre et à la durée des séances constituant l'intervention. Les groupes témoins sont aussi très hétérogènes. Les analyses sont réparties par type de groupe témoin, mais la prise en charge habituelle et les traitements actifs comprennent des interventions différentes, qu'en outre l'article ne détaille pas non plus. De plus, les populations étudiées sont très hétérogènes. Ainsi, certaines études ont porté sur des populations très spécifiques, telles que les femmes enceintes ($N = 2$, $n = 639$), les personnes présentant une infection par le VIH ($N = 4$, $n = 538$), les jeunes classés comme sans-abri ou fugueurs ($N = 3$, $n = 734$), les personnes classées comme étant des délinquants, des prisonniers ou comme étant violentes envers leur partenaire ($N = 3$, $n = 524$). Il est donc difficile de déterminer à quels groupes cibles les résultats peuvent ou ne peuvent pas être extrapolés. Des analyses de sous-groupes sont effectuées, entre autres en fonction de l'âge et de la substance consommée, mais même ces résultats présentent une grande hétérogénéité. Aucune différence significative n'a été trouvée ainsi, seulement en comparant l'entretien motivationnel

à la prise en charge habituelle, aucun effet n'a plus été trouvé en examinant les personnes consommant plusieurs sortes de drogues. Il aurait été également intéressant d'effectuer des analyses de sous-groupes en fonction du sexe, car les statistiques montrent que les hommes présentent généralement un profil de consommation et de risque plus élevé de consommation de substances (1,2).

En outre, les effets observés sont faibles, et il n'est pas mentionné si ces effets sont également cliniquement pertinents. Ce n'est pas le nombre de personnes cessant de consommer de la drogue qui est étudié, mais uniquement le changement de consommation. En outre, les critères de jugement secondaires, à savoir l'observance du traitement et la volonté de changement, étaient similaires dans les groupes intervention et les groupes témoins. Mais, comme l'entretien motivationnel vise justement à renforcer la motivation vers le changement et à améliorer l'observance du traitement, on attendrait un effet plus important sur ces critères de jugement dans les groupes intervention. Par ailleurs, on peut se demander si ces critères de jugement ne seraient pas plus appropriés et cliniquement pertinents comme critères de jugement principaux.

Que disent les guides de pratique clinique ?

Les guides de pratique clinique sur les médicaments (non opioïdes) disponibles sur le site néerlandais des normes pour les soins de santé mentale (GGZ Standaarden) recommandent principalement la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) parmi les traitements psychologiques (9). La TCC et l'entretien motivationnel ont certains éléments en commun, comme l'exploration de la motivation et la fixation d'objectifs. En cas de consommation de cannabis, de cocaïne, d'amphétamines ou de GHB (acide gammahydroxybutyrique), il est recommandé d'envisager un entretien motivationnel. Le guide de pratique sur l'alcool recommande également l'entretien motivationnel (10).

Conclusion de Minerva

Cette synthèse méthodique et méta-analyse de la Cochrane, qui a été menée correctement d'un point de vue méthodologique, montre que par comparaison avec l'absence de traitement, l'entretien motivationnel ne présente que de petits avantages significatifs immédiatement après le traitement et à court et moyen terme. Cet effet disparaît toutefois à long terme. Par comparaison avec la prise en charge habituelle et le retour d'information, on constate un petit effet à moyen terme, qui persiste à long terme avec l'information et le retour d'information. Dans cette revue, étant donné l'hétérogénéité des interventions, des groupes témoin et des populations étudiées, le niveau de preuve est globalement faible à très faible.

Références

1. Gisle L, Demarest S, Drieskens S. Enquête de santé 2018 : Consommation d'alcool. Sciensano; Numéro de rapport : D/2019/14.440/65. Disponible en ligne : www.enquetesante.be.
2. Gisle L, Drieskens S. Enquête de santé 2018 : Usage des drogues. Sciensano ; Numéro de rapport : D/2019/14.440/65. Disponible en ligne : www.enquetesante.be
3. World Health Organization. Alcohol Fact Sheet; May 2022. Available at www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol. Geraadpleegd 25/03/2024.
4. United Nations: Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2022.
5. Miller WR. Motivational Interviewing with problem drinkers. Behaviour Psychother 1983;11:147-72.
6. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. Guilford Press, 1991.
7. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. Guilford Press, 2012.
8. Schwenker R, Dietrich CE, Hirpa S, et al. Motivational interviewing for substance use reduction. Cochrane Database Syst Rev 2023, Issue 12. DOI: 10.1002/14651858.CD008063.pub3
9. GGZ-Standaarden. Drug (niet-opioïden). URL : <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines/introductie>. Site web consulté le 25/03/2024
10. GGZ-Standaarden. Alcohol. URL : <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/problematisch-alcoholgebruik-en-alcoholverslaving/introductie>. Site web consulté le 25/03/2024.