

Dr Abdou Belkacem*, Dr Amine Benyamina*, Dr Lisa Blecha*, Pr Michel Reynaud*, Dr Michael Lukasiewicz*

* Centre d'enseignement, de recherche et de traitement des addictions (CERTA), Hôpital Paul Brousse, 12, avenue Paul Vaillant Couturier, F-94800 Villejuif. Courriel : belkacemabdou@gmail.com

Reçu octobre 2007, accepté janvier 2009

L'entretien motivationnel

Évaluation de l'efficacité en addictologie

Résumé

Cet article fait suite à deux précédents exposés consacrés aux aspects théoriques et pratiques de l'entretien motivationnel (EM). Cette troisième partie concerne l'évaluation de son efficacité en addictologie. Il s'agit d'une revue de la littérature où sont analysés les effets de l'EM en fonction du produit consommé et des populations étudiées. L'EM a prouvé son efficacité quel que soit le produit consommé (alcool, drogues illicites et tabac) lorsqu'il est mis en place au début d'une prise en charge thérapeutique en association avec d'autres formes de psychothérapie. Au long cours, les résultats relatifs à son efficacité s'opposent. Cette divergence tiendrait à un effet paradoxal de l'EM quand il est utilisé avec des patients hautement motivés. Les critères d'évaluation approximatifs et les biais méthodologiques sont également pris en considération. L'EM semble être une technique efficace. Cependant, il doit être adapté à chaque patient.

Mots-clés

Entretien motivationnel – Addiction – Évaluation – Efficacité.

Dans deux précédents articles consacrés à l'entretien motivationnel (EM), nous avons étudié les bases théoriques et les aspects techniques de cette approche (1, 2). Dans cette troisième partie qui conclut cette revue sur l'EM, nous proposons d'évaluer son efficacité en addictologie. En premier lieu, il est nécessaire de distinguer l'esprit sur lequel se fonde l'EM de ses composantes techniques. Certains cliniciens adoptent seulement les composantes techniques sans appliquer comme il se doit l'approche motivationnelle. L'EM se réfère exclusivement à l'approche thérapeutique décrite par Miller et Rollnick (3). La pratique classique de l'EM est une approche de type psychothérapeutique qui implique un thérapeute spécialisé et se déroule sur plusieurs séances. Le

Summary

Motivational interview. Evaluation of efficacy in addiction medicine

This article follows two previous articles devoted to theoretical and practical aspects of motivational interview (MI). This third part concerns evaluation of the efficacy of MI in addiction medicine based on a review of the literature analysing the effects of MI as a function of the substance consumed and the populations studied. MI has been shown to be effective regardless of the substance consumed (alcohol, illicit drugs and tobacco) when it is initiated at the beginning of therapeutic management in combination with other forms of psychotherapy. Results on long-term efficacy are more discordant, due to a paradoxical effect of MI when it is used in highly motivated patients. Poorly defined endpoints and methodological biases are also taken into account. MI appears to be an effective technique, but must be adapted to each patient.

Key words

Motivational interview - Addiction - Evaluation - Efficacy.

thérapeute adopte un style relationnel empathique, aide le patient à explorer et résoudre son ambivalence sans susciter de résistance, tout en soutenant son sentiment d'efficacité personnelle. De nombreuses techniques appelées entretiens motivationnels ou "interventions motivationnelles" (4) ne répondent pas strictement à cette définition princeps (annexe 1) et l'hétérogénéité sémantique, mais aussi technique, complique l'évaluation de la méthode. L'approche psychothérapeutique de l'EM reste l'approche principale. Des adaptations de la technique ont été nécessaires pour l'appliquer dans différents domaines (recherche médicale, prévention en soins de premier recours...). Trois adaptations de l'EM sont couramment utilisées (5, 6).

Annexe 1. – Principes de l'entretien motivationnel

- Exprimer de l'empathie.
- Avoir une écoute réflexive maîtrisée.
- L'ambivalence est normale.
- Développer la divergence.
- Le patient plutôt que l'intervenant doit présenter les arguments en faveur du changement.
- Ne pas s'opposer directement à la résistance.
- La résistance est un signal pour changer d'attitude.
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle.
- Le patient – et non le thérapeute – est responsable du choix et du développement des changements.

Premièrement, la thérapie du développement motivationnel (*Motivational enhancement therapy* – MET) (6) est utilisée dans le domaine de la recherche clinique. Elle comprend généralement quatre séances. Les deux premières sont consacrées à l'évaluation de la consommation du produit et de ses conséquences psychosociales. Deux autres séances interviennent à mi-temps et au terme de la thérapie. Pendant ces entretiens, le thérapeute met en avant les changements de comportement du patient et ses progrès pour favoriser le développement de son sentiment d'efficacité personnelle. La technique MET a été élaborée spécifiquement pour le projet MATCH (*Matching alcoholism treatments to client heterogeneity*) (7) comme l'une des techniques thérapeutiques à évaluer chez les personnes alcoolodépendantes. Deuxièmement, on parle de techniques de type "check-up" (4) et, enfin, de techniques de type "intervention brève" (6), plus structurées, qui ont été développées pour les soignants de premier recours. Elles permettent au soignant qui a un contact bref avec le patient de le préparer à une démarche de soins (8).

L'EM a d'abord été utilisé en addictologie pour les troubles liés à l'alcool. Les premiers travaux d'évaluation sont récents : la première revue de la littérature de Noonan et Moyers date de 1997 (9), et la première méta-analyse de Burke et al. de 2003 (10). Les méta-analyses de Hettema et al. (11), Ruback et al. (12) et Eirini et al. (13) concluront également en faveur de l'efficacité de l'EM. Mais toutes présentent une même faiblesse méthodologique qui est l'hétérogénéité des critères d'évaluation utilisés : la durée d'abstinence au produit, le niveau de consommation, la réduction de consommation, ou encore les répercussions psychosociales sont autant de critères distincts utilisés pour évaluer l'EM, critères qui se révèlent être trop différents pour une évaluation valide.

Cet article vient compléter les conclusions de ces travaux par une revue de la littérature sur l'efficacité de l'EM dans

le domaine des addictions de 1988 à 2006 (excluant toutes les études liées à l'adhérence thérapeutique et aux troubles alimentaires). Nous nous intéresserons à l'effet de l'EM par produit consommé. Nous analyserons successivement les résultats d'études dans lesquelles des facteurs d'influence sont mis en évidence, puis les résultats des méta-analyses. Nous concluons par une discussion sur les limites méthodologiques et les répercussions sur l'évaluation. Enfin, nous verrons s'il est possible de dégager des facteurs prédictifs de l'efficacité de l'EM.

Méthodologie

Stratégie de recherche bibliographique

Notre revue bibliographique s'appuie sur deux axes de recherche :

- les études de 1988 à 2006 ont été sélectionnées en utilisant les termes "*motivational interviewing*" et "*motivational enhancement therapy*" dans les bases de données bibliographiques Medline, PsycInfo et Cochrane Library ;
- les précédentes revues de la littérature – Eirini et al. (13) ; Hettema et al. (11) ; Burke et al. (10) ; Dunn et al. (14) ; Noonan et Moyers (9) – ainsi que les références bibliographiques du site Internet dédié à l'EM (<http://www.motivationalinterviewing.org/library/MIBiblio2007>) ont complété la première étape de cette recherche.

Critères de sélection des études

Seules les études respectant la définition principes de l'EM (annexe 1) (3) ont été retenues, par ailleurs :

- l'entretien devait se dérouler sous la forme d'un entretien où le patient est face au thérapeute ;
- les études étaient des essais cliniques comparatifs randomisés ;
- les études ont été publiées dans des revues scientifiques avec un comité de lecture.

Analyse des résultats

Tout d'abord, nous détaillerons les résultats des études sélectionnées selon le produit consommé : alcool, drogues illicites et jeu pathologique. Nous rechercherons plus particulièrement les critères d'évaluation retenus et l'influence de facteurs tels que la population (adolescent, femme enceinte...), l'âge, le sexe, l'effet au cours du temps ou encore l'association à d'autres thérapies. Ensuite, nous

décrivons les résultats des principales méta-analyses pour mieux cerner l'effet global de l'EM. La taille de l'effet (*effect size* – ES) rend compte de cet effet global. Elle correspond à la “différence de moyennes” du critère de mesure choisi dans l'étude (jours d'abstinence, *standard ethanol content* – SEC, ou *blood alcohol concentration* – BAC) entre le groupe bénéficiant de l'EM et le groupe contrôle ou sous un autre traitement. Cette différence de moyennes est définie comme la valeur moyenne du groupe EM moins la valeur moyenne du groupe contrôle, divisée par l'écart type du groupe contrôle. L'estimation de l'ES doit être suffisamment précise pour pouvoir éliminer la possibilité que l'effet puisse être petit, et donc sans intérêt en pratique. Cette infirmation est apportée par l'intervalle de confiance du résultat fixé à 95 % dans nos études.

Ainsi, Noonan et Moyers (9) n'ont pas pu calculer l'ES de l'EM dans la première revue de la littérature (seuls 11 essais ont été analysés). En 2001, Dunn et al. ont tenté de réaliser une méta-analyse à partir de 29 essais (14). Cependant, les critères de jugements principaux (abstinence, nombre d'alcoolisations excessives...) et les questions posées (comme la durée de suivi trop importante), qui se révèlent très hétérogènes, n'ont pas permis le calcul de l'ES de l'EM. C'est pourquoi ces deux études n'ont pas été retenues dans notre recherche. Enfin, nous discuterons des points forts et des faiblesses méthodologiques de notre évaluation de l'EM.

Résultats

Alcool

Chez les adolescents

Baer et al. (15) ont comparé l'EM à deux autres thérapies. Ils ont trouvé une réduction significative de la consommation d'alcool aussi bien dans le groupe EM que dans le groupe TCC (thérapie cognitive et comportementale) jusqu'au 24^{ème} mois de suivi (tableau I). De plus, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes sur cette réduction de consommation. Monti et al., 1999 (16) se sont intéressés aux adolescents reçus au service d'accueil des urgences pour une intoxication alcoolique aiguë. Une réduction significative a été observée dans le groupe EM non seulement sur la consommation d'alcool, mais aussi sur le risque au volant, les infractions au code de la route, les conséquences somatiques et sociofamiliales. Borsari et al. (17) retrouveront cette réduction lors du suivi à six semaines sur le nombre de verres déclarés par mois et le nombre d'alcoolisations excessives.

Chez les femmes enceintes

Handmaker et al. (18) ont comparé une séance d'EM bref à un courrier de prévention envoyé au domicile de patientes enceintes (tableau I). Après deux mois de suivi, la consommation d'alcool hebdomadaire n'est pas significativement différente entre les deux groupes. Par contre, le nombre d'alcoolisations excessives mensuelles diminue surtout s'il était élevé au départ.

Selon le mode consommation

Heather et al. (19) se sont intéressés aux patients dits “gros buveurs” (tableau I). Ceux-ci correspondent aux abuseurs selon le DSM-IV-TR. Une réduction des consommations est constatée chez l'ensemble des patients, et en particulier chez les patients dits “indécis”, ambivalents avec une réduction de 42 % de leur consommation lorsqu'ils sont suivis dans le cadre d'un EM contre 18 % pour le groupe “stratégies de prévention”.

Selon la technique utilisée

La technique de type “check-up” : Miller et al. ont évalué le check-up (4) : la diminution de consommation est significativement meilleure dans le groupe ayant reçu le check-up, et ce, jusqu'à 18 semaines de suivi (tableau I). En revanche, ils ne retrouvent pas d'effet significatif sur les conséquences sociales. Plus récemment, Hester et al. (20) ont évalué cette technique avec un questionnaire informatisé. Ils retrouveront un effet significatif dans le groupe d'intervention.

La MET : Brown et Miller (21) ont comparé cette technique à un groupe contrôle avant un sevrage thérapeutique en alcool (tableau I). Au troisième mois de suivi, les résultats sont en faveur de l'EM avec une réduction significative de la consommation.

La technique de type “intervention brève” : Bien et al. (22) ont retrouvé une réduction de consommation significative dans le groupe d'intervention à trois mois de suivi (tableau I). Mais au sixième mois, la différence disparaît. Les auteurs suggèrent alors que cette technique doit être utilisée en début de traitement et sur une courte période. Marlatt et al. (23) ont retrouvé l'effet de la technique à deux ans de suivi sur la consommation d'alcool et sur les conséquences familiales et sociales.

En comparaison à d'autres thérapies

Le premier exemple est le projet MATCH (7). Le but de cette étude est de savoir parmi trois techniques différentes de traitement de l'alcoolodépendance laquelle est la plus

efficace sur le taux d'abstinence (tableau I). Ces trois traitements sont la MET, la TCC et le programme *Twelve step facilitation* (TSF). Ce programme est une intervention où la participation active du patient aux soins est l'élément-clé pour la rémission. Cette approche est comparable à celle des associations néphalistes. Elle comporte 12 à 15 séances d'interventions brèves. L'EM montre son efficacité chez les patients avec un haut niveau de "colère" ou résistance au traitement. Son effet sur la réduction de

consommation est meilleur que celui de la TCC. Le TSF donne de meilleurs taux d'abstinence chez les patients à haut niveau d'alcoolodépendance tandis que la TCC fonctionne mieux chez les patients avec un bas niveau d'alcoolodépendance. Les niveaux de résistance aux soins et de dépendance semblent être deux critères dans le choix de la technique à proposer au patient. Dans un second temps, le suivi de ces patients a été prolongé jusqu'à 39 mois (24). Le taux d'abstinence est équivalent dans les deux

Tableau I : Essais contrôlés comparant l'entretien motivationnel (EM) à d'autres traitements pour le produit alcool

Étude	N	Population	Traitements comparés	Critère d'évaluation principal	Résultats
Miller et al. 1988 (4)	42	Adultes	Check-up vs groupe contrôle	Nombre de verres par jour (SEC, BAC)	Diminution significative de la consommation et amélioration des critères psychosociaux
Baer et Miller 1992 (5)	134	Adolescents	MET vs TCC vs guide manuel	Nombre de verres par jour (SEC, BAC)	Réduction significative de la consommation dans le groupe MET et TCC
Brown et Miller 1993 (21)	28	Adultes	MET vs traitement habituel	Nombre de verres par semaine (SEC, BAC)	Diminution significative de la consommation hebdomadaire
Bien et al. 1993 (22)	32	Adultes	EM bref vs traitement habituel	Nombre de verres par jour (SEC, BAC)	Diminution significative de la consommation mais pas de différence au 6 ^{ème} mois de suivi
Heather et al. 1996 (19)	174	Adultes "gros buveurs"	MET vs stratégies de prévention vs groupe contrôle	Nombre de verres par jour (SEC, BAC)	Réduction significative dans les groupes EM (44 %) et stratégies de prévention (34 %) en particulier le sous-groupe "stade de préparation"
Marlatt et al. 1998 (23)	348	Adultes "gros buveurs"	EM bref vs traitement habituel	Nombre de verres par jour (SEC, BAC)	Diminution significative et jusqu'à 2 ans de suivi
Projet MATCH 1997 (7)	1726	Adultes	MET vs TCC vs TSF	Nombre de verres par jour	Réduction meilleure avec MET chez les patients résistants Meilleur taux d'abstinence avec TSF chez les patients à haut niveau d'alcoolodépendance
Projet MATCH 1998 (24)	1726	Adultes	MET vs TCC vs TSF à 39 mois de suivi	Nombre de verres par jour	Taux d'abstinence équivalent avec MET et TSF et supérieurs à la TCC
Handmaker et al. 1999 (18)	42	Femmes enceintes	EM bref vs courrier de prévention	SEC, BAC	Pas de différence pour SEC mais réduction de la BAC dans le groupe EM
Monti et al. 1999 (16)	94	Adolescents au service des urgences	EM bref vs programme de prévention	SEC, BAC	Réduction significative avec l'EM sur SEC et BAC, mais aussi sur les risques liés à la conduite en état d'ivresse
Borsari et al. 2000 (17)	60	Adolescents	MET vs groupe contrôle	SEC, BAC	Diminution significative des deux critères alcooliques
Sellman et al. 2001 (25)	122	Adultes	MET vs écoute réflexive vs conseil minimal	Nombre d'ivresses aiguës	Diminution significativement plus importante dans le groupe MET
Khaler et al. 2004 (45)	48	Adultes	MET (12 séances) vs conseil minimal	Taux d'abstinence	Pas de différence significative sur l'abstinence et le nombre de sevrage achevé
Murphy et al. 2004 (45)	54	Adolescents	EM bref vs feed-back seul	Nombre de verres par jour	Pas de différence significative entre les deux groupes
Spirito et al. 2004 (46)	152	Adolescents accueillis aux urgences	EM bref vs conseil minimal	Nombre de verres par jour	Diminution significative dans le groupe EM
Hesler et al. 2005 (20)	61	Adultes	Le check-up (par ordinateur)	Nombre de verres par semaine	Diminution en qualité et en fréquence de la consommation et effet à long terme (12 mois)
COMBINE 2006 (42)	1383	Adultes	9 groupes avec combinaisons entre EM, traitement médicamenteux (Naltrexone, acamprosate) et le medical management	Nombre de jours d'abstinence et déali avant une réalcoolisation excessive	Diminution significative de la consommation lorsque que les techniques sont combinées contrairement à leur usage seul

Abréviations : SEC – *Standard ethanol content* ; BAC – *Blood alcohol concentration* ; MET – *Motivational enhancement therapy* ; TCC – *Thérapie cognitivo-comportementale* ; TSF – *Twelve step facilitation*.

groupes MET et TSF, et il est meilleur que dans celui TCC. En 2001, Sellman et al. (25) ont étudié des patients situés à différents niveaux d'alcoolodépendance. Le taux d'abstinence, tous niveaux d'alcoolodépendance confondus, n'est pas significativement différent entre les trois traitements comparés. Lorsqu'ils s'intéressent aux abuseurs, les résultats obtenus avec l'EM sont meilleurs. Ce constat laisse suggérer que l'EM est plus adapté chez les sujets qui ont un faible niveau de dépendance.

Résultats des méta-analyses

Burke et al. (10), ont effectué une méta-analyse de l'efficacité de l'EM et de ses adaptations. Chacun des 30 essais sélectionnés compare l'EM à la TCC et/ou au traitement habituel. La durée moyenne de suivi est de 18 semaines. C'est, à notre connaissance, la première méta-analyse qui a permis de calculer l'ES de l'EM. Deux comparaisons ont été effectuées :

- EM versus autres traitements : l'ES n'est pas significative (0-0,02). Toutefois, la durée moyenne des séances (soit 180 minutes) était significativement plus faible comparée aux autres traitements ;

- EM versus conseil minimal : l'ES sur le SEC (0,25) et la BAC (0,53) est significative.

En définitive, l'effet de l'EM est équivalent à celui des autres traitements et il est meilleur que le conseil minimal dans le domaine de l'alcool. L'effet se maintient après une durée de suivi de quatre ans. L'ES est également significative sur les critères socioprofessionnels.

Rubak et al. (12) ont effectué une autre méta-analyse à partir de 72 essais randomisés. Seule l'estimation de l'effet commun de l'EM a pu être calculée pour l'alcool et le tabac. Pour l'alcool, le SEC est amélioré de 14,64 UI, comme la BAC de 72,92 mg %. De leur côté, Hettema et al. (11) se sont intéressés plus particulièrement au maintien à long terme des effets de l'EM. L'ES moyenne a été calculée selon le produit et selon la durée de suivi (tableau II). L'effet se maintient à six mois concernant l'alcool.

Eirini et al. (13) ont évalué l'EM chez les patients alcoolodépendants. Ils comparent l'EM à d'autres thérapies ou

à l'absence de traitement. Comme Hettema et al. (11), ils mettent en évidence le fait que l'EM apparaît aussi efficace que les autres traitements et meilleur que l'absence de traitement pour la réduction de consommation d'alcool. Cependant, l'effet s'estompe au sixième mois. Par ailleurs, ils tentent d'analyser l'influence de certains facteurs :

- l'âge du patient : la moyenne est de 31,7 ans et seule l'étude de Shakeshaft et al. (26) s'intéresse à son influence. Ils concluent que plus l'âge augmente, plus la disposition au changement du patient est grande et donc que l'EM est plus efficace. Toutefois, cette unique étude ne permet pas de généraliser les résultats ;

- le sexe : aucune influence n'a été mise en évidence sur les quelques études concernées ;

- la durée du traitement : la moyenne est de 53 minutes (contre 90 minutes pour les autres thérapies), ce qui rend la technique, à efficacité égale, moins coûteuse.

Drogues illicites

En comparaison au traitement habituel ou à d'autres thérapies

Saunders et al. (27) ont retrouvé une diminution de la consommation des opiacés significativement plus importante avec l'EM (tableau III). Le taux d'abstinence et l'adhérence au traitement sont meilleurs durant tout le suivi de 22 semaines. La majorité des sujets qui bénéficiaient de l'EM étaient au stade de contemplation tandis que les sujets contrôles étaient au stade de pré-contemplation. Ce résultat laisse suggérer que le stade de changement du patient est un facteur déterminant dans l'efficacité de l'EM. Plus tard, Stein et al. (28) ont étudié, parmi 187 injecteurs d'opiacés et abuseurs d'alcool, l'effet de deux séances d'EM. Les résultats montrent un taux d'abstinence aux opiacés plus élevé, une dose quotidienne d'héroïne plus faible et une réduction significative de la consommation d'alcool dans le groupe EM pendant les six mois de suivi. Stephens et al. (29) se sont intéressés plus particulièrement aux patients dépendants du cannabis et ont comparé l'EM à la TCC. Les deux traitements ont un effet significatif et sont équivalents sur le taux d'abstinence et sur les problèmes sociaux. Enfin, Miller et al. (30) ont évalué l'effet d'une séance d'EM bref en début de traitement chez 208 adultes présentant une polyaddiction (alcool et opiacés). Ils précisent que les thérapeutes ont été supervisés pendant leur formation et utilisent tous un même manuel. Pourtant, ils ne retrouvent pas de différence significative sur le taux d'abstinence avec le groupe contrôle pendant les 12 mois de suivi.

Tableau II : Moyennes des tailles de l'effet (ES) dans la méta-analyse de Hettema et al. (11)

Produit	ES (moyennes)	
	À 3 mois	À 6 mois
Alcool	0,41	0,26
Drogues illicites	0,51	0,29
Tabac	0,04	0,14
Jeu pathologique	0,44	0,29

En association à d'autres thérapies

En 2004, Dennis et al., avec la *Cannabis youth treatment study* (CYT) (31), ont étudié l'effet de cinq combinaisons thérapeutiques sur la consommation de cannabis et leur

coût-efficacité (tableau IV). Ils retrouvent une réduction significative de la consommation de cannabis et des problèmes psychosociaux dans chacun des groupes. Les associations MET et TCC ont le meilleur rapport coût-efficacité

Tableau III : Essais contrôlés comparant l'entretien motivationnel (EM) à d'autres traitements pour les drogues illicites

Étude	N	Produit	Population	Traitements comparés	Critère d'évaluation principal	Résultats
Saunders et al. 1995 (27)	122	Opiacés	Adultes	EM bref vs conseil minimum	Nombre de jours d'abstinence, stade de changement	Diminution significative de la consommation d'opiacés chez des sujets au stade de contemplation
Stephens et al. 2000 (29)	291	Cannabis	Adultes	MET (2 séances) vs TCC (14 séances vs groupe contrôlé)	Nombre de joints quotidiens	Diminution significative et équivalente avec MET et TCC
Baker et al. 2001 (33)	64	Amphétamines	Adultes	MET + TCC (2 séances) + guide manuel vs MET + TCC (4 séances)	Fréquence d'amphétamines consommées	Pas de différence significative entre les deux groupes, mais meilleur taux de participation quand 2 séances de TCC
Stotts et al. 2001 (34)	105	Cocaïne	Adultes	MET (2 séances) + sevrage thérapeutique vs sevrage seul	Nombre de sevrage thérapeutique achevé	Pas de différence significative entre les deux groupes Nombre de sevrage achevé meilleur dans le sous-groupe "faible niveau de motivation"
Mullins et al. 2004 (47)	71	Opiacés	Femmes enceintes toxicomanes	MET (3 séances) vs conseil minimum (consultation + vidéo éducative)	Taux d'abstinence	Pas de différence significative entre les deux groupes
McCambridge et Strang 2004 (48)	200	Alcool Tabac Drogues illicites	Adolescents	Check-up vs conseil minimum	Fréquence de consommation du produit	Diminution significative de la consommation de tabac, alcool et cannabis, plus marquée chez les dépendants que chez les abuseurs
Marijuana Treatment Project Research group 2004 (32)	450	Cannabis	Adultes	MET (2 séances) vs MET + TCC vs groupe contrôlé	Nombre de joints par jour	L'association MET + TCC est plus efficace que MET seul sur la diminution de consommation, mais équivalente sur l'arrêt. Cet effet persiste au 15 ^{ème} mois de suivi
Dennis et al. (CYT study) 2004 (31)	600	Cannabis	Adolescents	MET (5 séances + TCC vs MET (12 séances) + TCC vs thérapie familiale multidimensionnelle	Nombre de jours d'abstinence	Efficacité des cinq interventions et à long terme (12 mois de suivi)
	600	Cannabis	Adolescents	MET (5 séances + TCC vs ACRA vs thérapie familiale	Nombre de jours d'abstinence	Meilleur coût efficacité avec MET (5 séances) + TCC et MET (12 séances) + TCC
Bernstein et al. 2005 (49)	1	Opiacés, Cocaïne	Adultes	EM bref (1 séance) vs groupe contrôlé	Taux d'abstinence avec test capillaire	Le taux d'abstinence avec EM bref est meilleur pour cocaïne, héroïne et poly-consommations
Baker et al. 2005 (50)	214	Amphétamines	Adultes	MET + TCC (2 séances) vs MET + TCC (4 séances) vs groupe contrôlé	Nombre de jours d'abstinence	Abstinence significativement plus élevée avec MET + TCC avec un effet dose
Carroll et al. 2006 (40)	423	Opiacés	Adultes	Traitement habituel Vs traitement habituel + EM bref (1 séance)	Nombre de jours d'abstinence	Jusqu'au 28 ^{ème} jour, abstinence meilleure avec l'EM, puis aucune différence significative entre les deux groupes lors de l'évaluation à J28 et J84

Abréviations : MET – *Motivational enhancement therapy* ; TCC – *Thérapie cognitivo-comportementale* ; CYT – *Cannabis youth treatment* ; ACRA – *Adolescent community reinforcement approach* (approche de renforcement de la communauté adolescente).

Tableau IV : Essais contrôlés comparant l'entretien motivationnel (EM) à d'autres traitements pour le jeu pathologique et le tabac

Étude	N	Produit	Population	Traitements comparés	Critère d'évaluation principal	Résultats
Hodgins et al. 2001 (38)	102	Jeu pathologique	Adultes	EM bref vs guide manuel vs groupe contrôlé	Fréquence de jeu déclarée	Réduction significative dans le groupe EM, mais plus de différence significative lors du suivi au 12 ^{ème} mois
Hodgins et al. 2004 (39)	67	Jeu pathologique	Adultes	EM par téléphone vs guide manuel	Fréquence de jeu déclarée	Réduction significative du nombre de jours de jeu ainsi que des dépenses financières dans le groupe EM
Haugh et al. 2004 (51)	63	Tabac	Femmes enceintes	MET vs conseil minimal	Abstinence au tabac avec cotininémie ou cotinine salivaire	Pas de différence significative sur le taux de cotinine, mais les fumeuses évoluent dans les stades de changement
Tappin et al. 2005 (52)	762	Tabac	Femmes enceintes	EM à domicile (1 séance) vs traitement standard	Abstinence au tabac avec cotininémie ou cotinine salivaire	Pas d'efficacité sur la diminution de consommation et pas de différence significative sur l'arrêt du tabac
Colby et al. 2005 (53)	85	Tabac	Adolescents	EM bref (1 séance) vs traitement standard	Nombre de jours d'abstinence	Nombre de jours d'abstinence meilleur dans le groupe EM

Abréviation : MET – *Motivational enhancement therapy*.

cité. Les auteurs expliquent que des facteurs communs, tels que l'empathie, le feed-back systématique, sont retrouvés dans chacune des alternatives thérapeutiques. De même, en 2004, la *Marijuana treatment project research* (32) montre que l'association MET et TCC est significativement plus efficace sur la diminution du nombre de "joints" fumés quotidiennement (tableau III). Cette combinaison est équivalente à la MET seule pour le taux d'abstinence. Ces résultats durent jusqu'au 15^{ème} mois de suivi. Pour ce qui est des amphétamines, Baker et al. (33) retrouvent une réduction non significative de la consommation dans chacun des trois groupes comparés. Enfin, pour la cocaïne, Stottset al. (34) ont montré que le nombre de sevrages achevés est le même dans les deux groupes comparés. Dans le sous-groupe "patients avec faible niveau de motivation initiale", le taux de participation au traitement est plus élevé si les sujets reçoivent les séances d'EM (figure 1). De même, Rohsenow et al. (35) se sont intéressés au degré de motivation initiale du patient et ont comparé deux combinaisons de traitements. Le taux d'abstinence est significativement meilleur chez les patients peu motivés.

Résultats des méta-analyses

Burke et al. (10) ont montré, comme pour l'alcool, que la différence d'ES n'est pas significative lorsque l'EM est comparé à d'autres thérapies, sauf lorsqu'il est comparé au conseil minimal. L'effet se maintient à quatre ans de suivi. L'ES est également significative pour les critères socioprofessionnels. Deux facteurs ont été mis en évidence :

- la "dose" d'EM (nous entendons par là la durée de chaque séance et leur nombre) : à dose élevée, l'effet de l'EM est meilleur ;
- la qualité du protocole d'étude et l'utilisation de critères d'évaluation indirects : ils influencent à 38 % la variance des résultats de la méta-analyse.

Rubak et al. (12) n'ont pas retrouvé d'ES significative pour l'EM pour les drogues illicites. Ils ont montré tout de même que l'effet de la technique varie en fonction des caractéristiques de l'intervenant. Si l'on considère le nombre d'intervenants, une différence significative est présente dans 40 % des études avec un intervenant, dans 87 % des études avec plus de cinq intervenants. Le niveau de formation de l'intervenant détermine aussi l'efficacité : il ne s'agit pas du niveau d'études (55 % psychologues, 30 % médecins, 15 % infirmières sages-femmes et diététiciennes), mais du nombre d'heures de formation à la technique et le nombre de patients suivis.

À long terme, Hettema et al. (11), ont démontré une efficacité de l'EM pour les drogues illicites. La moyenne d'ES de l'EM est significative à trois mois (0,51) et à six mois (0,29). Les auteurs s'intéressent aussi à l'influence de la séquence des traitements. Lorsque les traitements sont associés de façon séquentielle, alors l'ES de l'EM reste stable (0,5) jusqu'à six mois de suivi. Par contre, lorsqu'il n'y a pas de distinction, l'ES diminue au cours du temps (0,77 au début de l'étude, 0,33 à trois mois et 0,31 à six

Pourcentage de sevrages achevés (%)

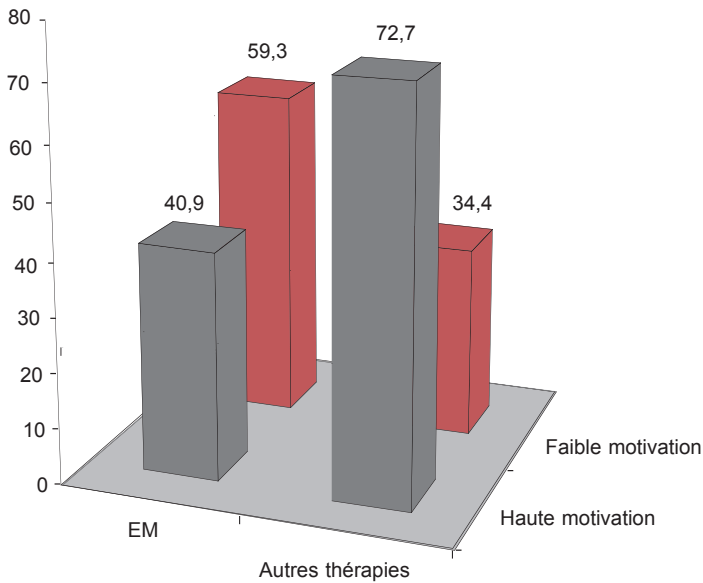


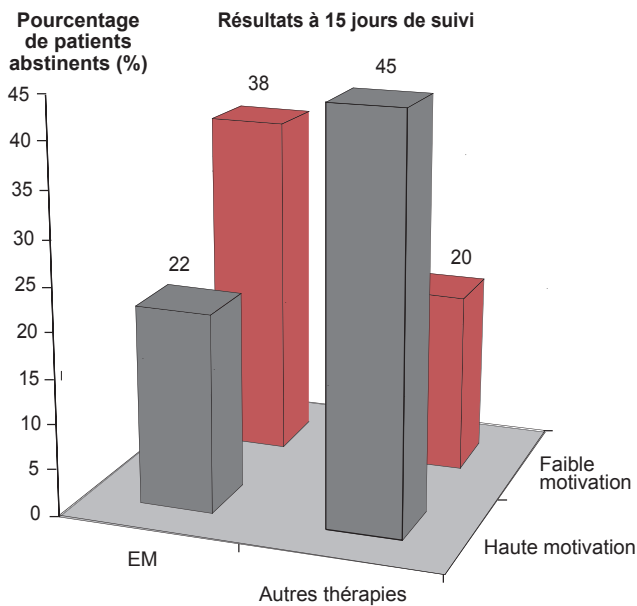
Figure 1. – Effet paradoxal de l’entretien motivationnel (EM) d’après Ashton (43).

A. – Résultats de l’étude de Stotts et al. (34)

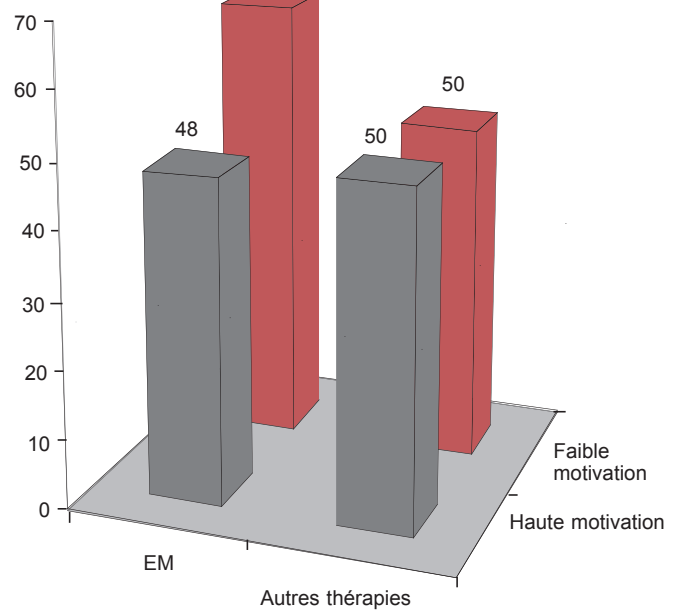
Stotts et al. ont étudié le nombre de sevrages thérapeutiques en cocaïne achevés après 12 semaines de suivi. Dans le groupe “faible niveau de motivation”, 59,3 % de sevrages sont achevés avec l’EM contre 34,4 % avec un traitement habituel; la différence est significative. Dans le groupe “haut niveau de motivation”, 72,7 % de sevrages sont achevés avec le traitement habituel. Ce résultat est significativement meilleur que les 40,9 % de sevrages achevés dans le groupe EM.

B. – Résultats de l’étude de Rohsenow et al. (35)

Pourcentage de patients abstinents (%)



Résultats à 12 mois de suivi
Pourcentage de patients abstinents (%)



Rohsenow et al. ont étudié principalement le nombre de patients abstinents à la cocaïne selon deux sous-groupes de motivation et selon deux traitements (EM ou relaxation + méditation). Dans le groupe “faible niveau de motivation”, au début, on retrouve 38 % de patients abstinents avec l’EM contre 20 % pour la relaxation ; la différence est significative. Puis, à 12 mois de suivi, 66 % des patients sont devenus abstinents avec l’EM contre 50 % pour ceux bénéficiant de la relaxation. Dans le groupe “haut niveau de motivation”, au début, 22 % des patients sont abstinents avec l’EM contre 45 % avec la relaxation. Au 12^{ème} mois, 48 % des patients sont abstinents avec l’EM et 50 % avec la relaxation.

mois). Cette évolution est semblable pour les autres techniques (TCC et TSF).

Grenard et al. (36) ont fait une revue de 17 essais contrôlés utilisant l'EM sous la forme d'une intervention brève chez des adolescents abuseurs d'une substance (alcool, drogues illicites). Dans 29 % des études, l'efficacité de l'EM est meilleure aux autres thérapies, mais l'ES n'a pas pu être calculée.

De même, lors de l'*International conference on motivational interviewing* de 2008, Naar-King a rapporté les résultats d'une revue qualitative de la littérature (37). Elle souligne que peu d'études sur l'EM avec des adolescents ou des jeunes adultes (< 25 ans) ont été publiées. Sur 48 études publiées, 32 ont été randomisées et contrôlées. Elles concernent les substances psychoactives et les comportements à risque pour la santé comme le risque sexuel. Les résultats sont hétérogènes et ne permettent pas de méta-analyse. Cependant, deux caractéristiques sont retrouvées dans ces études chez l'adolescent :

- l'EM est particulièrement utile pour la prévention et la réduction des conséquences de la consommation plus que de la consommation elle-même ;
- l'EM montre de bons résultats lorsqu'il est combiné à d'autres thérapies (TCC ou thérapie familiale par exemple).

Jeu pathologique

Hodgins et al., en 2001 (38) puis en 2004 (39), ont montré une réduction significative de la fréquence de jeu et des problèmes socioéconomiques dans le groupe EM (tableau IV). Cependant, cet effet diminue au 12^{ème} mois de suivi.

Discussion

Résumé des résultats

L'EM permet au patient, dans un premier temps, d'adhérer aux soins (40), puis de maintenir une abstinence tout en réduisant les conséquences psychosociales et judiciaires liées à l'addiction. Cette efficacité est retrouvée aussi bien avec l'alcool qu'avec les substances illicites, et l'EM s'adresse aussi bien à une population adulte qu'aux adolescents. L'influence de facteurs tels que l'âge ou le sexe n'a pas été mise en évidence mais peu d'études lui ont été consacrées. L'EM s'applique, quel que soit le degré de dépendance du sujet, avec une meilleure efficacité chez les abuseurs. L'EM

fonctionne mieux que le traitement habituel ou le conseil minimal et il est équivalent à des thérapies plus structurées telles que la TCC, la thérapie brève ou les thérapies familiales. Leur combinaison potentialise les effets. Par ailleurs, la durée moyenne d'un EM, qui est de 53 minutes, a un rapport coût-efficacité meilleur (13). Ses effets apparaissent précocement et seraient maximaux au troisième mois de suivi. Après trois mois, les résultats s'opposent. Certains essais comparatifs sont en faveur d'une diminution des effets au long cours, tandis que d'autres pour un maintien de l'efficacité.

Limites de la revue

La motivation est une notion subjective et reste difficile à mesurer. Ainsi, les critères de jugement retenus dans les essais comparatifs sont approximatifs et leur méthodologie très hétérogène. Un moyen plus précis d'appréhender la motivation pourrait être de repérer le stade de changement du patient (41). Des échelles d'évaluation de la motivation ont été élaborées comme l'*University of Rhode Island change assessment* (URICA) ou la *Stages of change readiness and treatment engerness scale* (SOCRATES). Malheureusement, peu d'études (27) utilisent ces outils d'évaluation de la motivation aux soins et de son évolution

Une autre limite à l'évaluation de l'EM est de le comparer à des thérapies dont l'objectif n'est pas de faire évoluer la motivation du sujet. La TCC, souvent comparée à l'EM, cherche à modifier le comportement du patient par l'apprentissage de stratégies pour gérer les situations à risque avec un *craving* et de modifier certaines cognitions. Elle exige une participation active du patient, par exemple, avec la réalisation d'exercices entre les séances. On voit bien dans ce cas que la randomisation, paradigme des essais cliniques, est appliquée ici à l'encontre de la pratique clinique. Cette dernière "distribue" intuitivement les patients vers des thérapies plus ou moins structurées en fonction de la motivation initiale du patient.

De plus, il n'est pas étonnant que la TCC soit parfois avantageuse, ses stratégies étant nettement plus focalisées sur le contrôle des consommations, alors que la finalité de l'EM reste un engagement vers une abstinence. En fait, au lieu de les opposer, il paraît plus judicieux d'envisager une approche séquentielle des différentes thérapies afin d'améliorer la motivation du patient. Plusieurs études (MATCH, CYT) qui associent simultanément les deux traitements ne retrouvent pas de différence significative sur la consommation de produit. À l'inverse, Rohsenow et al. (35) ont

associé de façon séquentielle l'EM puis la TCC et ont obtenu un effet significatif à 12 mois de suivi chez des patients cocaïnomanes. De même, l'étude COMBINE (42) a testé l'approche motivationnelle combinée à l'approche médicamenteuse et à l'approche dite de *medical management*. Neuf combinaisons thérapeutiques ont été testées (tableau I). Les résultats sont meilleurs lorsque les techniques sont combinées.

Effet "paradoxal" de l'EM chez le patient motivé

Stotts et al. (34) et Rohsenow et al. (35) ont comparé l'EM à d'autres traitements et ne trouvent pas de différence significative sur le maintien (figure 1). Dans ces deux études, ils s'intéressent au sous-groupe "degré de motivation aux soins". L'EM fonctionne mieux avec les patients à degré de motivation faible, et cet effet se maintient sur plusieurs semaines. À l'inverse, les patients qui ont un degré de motivation élevé et qui sont prêts au changement ont un taux de rechute plus élevé. Cet effet paradoxal rappelle qu'il est important de cibler les patients susceptibles de bénéficier de l'EM. Le traitement est indiqué après un diagnostic clinique précis effectué par un thérapeute expérimenté. En effet, faire un EM à un patient très motivé peut renforcer sa résistance, diminuer son sentiment d'efficacité personnelle et empêcher le progrès. On dit souvent que le thérapeute doit être à l'écoute, doit être en phase avec la motivation du patient et ne pas lui proposer une intervention trop en décalage avec une motivation incertaine. Il ne s'agit pas de remettre en cause les compétences du clinicien mais, dans un souci de rigueur méthodologique, il peut perdre de vue le style relationnel. Par exemple, les adolescents demandent une approche particulière : il est nécessaire d'adapter la technique à leur mode de consommation souvent paroxystique, le *binge drinking*. Lorsqu'ils sont admis pour intoxication alcoolique aiguë au service des urgences, un EM bref non culpabilisant qui porte sur le produit et ses conséquences semble le plus adapté (16).

L'EM à long terme

Les résultats se contredisent et plusieurs hypothèses sont retenues :

- soit les effets diminuent : le patient a besoin d'un relais pour mettre en pratique sa motivation. On peut imaginer que des thérapies axées sur des stratégies d'apprentissage pour faire face aux difficultés de l'abstinence et pour soutenir le sentiment d'efficacité personnelle et la motivation peuvent être nécessaires. Une autre explication proposée

est l'effet paradoxal de l'EM sur la motivation du patient : l'effet s'épuise avec la motivation croissante du patient ; - soit les effets se maintiennent comme l'expliquent Hettema et al. (11). Selon ces auteurs, le groupe contrôle rejoint le même niveau de motivation que le groupe bénéficiant de l'EM. Ainsi, même si aucune différence significative n'est mise en évidence, l'EM resterait efficace au fil du temps.

Conclusion

L'EM apparaît comme un outil de choix pour induire une démarche de soins du patient. Son efficacité a été démontrée non seulement dans le domaine de l'addictologie, mais aussi dans celui de la promotion de la santé. L'analyse des études montre une amélioration assez constante du maintien initial de l'abstinence avec l'alcool, les drogues illicites, le tabac ou le jeu pathologique. Ensuite, son efficacité équivaut à celle d'autres thérapies, mais l'EM permet un gain de temps et donc un moindre coût financier. De plus, ses effets se potentialisent lorsqu'il est associé à d'autres thérapies. Il nous semble que cette association doit cependant se faire judicieusement, le plus souvent séquentiellement. Au long cours, les résultats sur les effets de l'EM divergent. Toutefois, les études disponibles se focalisent généralement sur l'évaluation des consommations et de l'abstinence. Or, ces variables, dont nous ne voulons pas sous-estimer l'importance, ne sont pas les seuls vecteurs de l'efficacité de l'EM. La richesse de cette approche est que l'horizon de ses objectifs est multiple : de la maturation de la motivation à l'engagement dans l'abstinence, en passant par la définition d'un plan d'action par le patient pouvant comporter l'engagement dans des thérapies plus structurées. Ces objectifs représenteraient des critères d'évaluation plus en accord avec la philosophie de l'EM. La comparaison de l'EM à des thérapies comme les TCC, dont l'objectif est plus directement lié au maintien de l'abstinence, limite la portée des tentatives d'évaluation actuelles. L'évaluation d'approche séquentielle qui inclut des critères d'évaluation distincts (entrée dans l'abstinence pour l'EM, maintien de l'abstinence pour les TCC par exemple) serait alors particulièrement pertinente dans la mesure où elle trouve ses racines dans notre pratique clinique. ■

A. Belkacem, A. Benyamina, L. Blecha et al.
L'entretien motivationnel. Évaluation de l'efficacité en addictologie
Alcoologie et Addictologie 2009 ; 31 (2) : 127-140

Références bibliographiques

- 1 - Lukasiewicz M, Benyamina A, Frenoy-Peres M, Reynaud M. L'entretien motivationnel. I - Les bases théoriques. *Alcoologie et Addictologie* 2006 ; 28 (2) : 155-162.
- 2 - Lukasiewicz M, Benyamina A, Frenoy-Peres M, Reynaud M. L'entretien motivationnel. II - Les aspects techniques. *Alcoologie et Addictologie* 2006 ; 28 (3) : 231-235.
- 3 - Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Paris : InterÉditions-Dunod, 2006.
- 4 - Miller WR, Sovereign RG, Krege B. Motivational interviewing with problem drinkers: II. The drinker's check-up as a preventive intervention. *Behav Psychother* 1988 ; 16 : 251-268.
- 5 - Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people for change. New York : Guilford Press, 2002.
- 6 - Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychoth* 1995 ; 23 : 325-334.
- 7 - Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 1997 ; 58 : 7-29.
- 8 - Rahioui H. Entretien motivationnel. In : Reynaud M. *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion, 2006 : 242-247.
- 9 - Noonan WC, Moyers T. Motivational interviewing: a review. *Journal of Substance Misuse* 1997 ; 2 : 8-16.
- 10 - Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003 ; 71 (5) : 843-861.
- 11 - Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005 ; 1 : 91-111.
- 12 - Rubak S, Sandboek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Brit J Gen Pract* 2005 ; 55 (513) : 3005-3012.
- 13 - Eirini I, Vasilaki E, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcoholism* 2006 ; 41 : 328-335.
- 14 - Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001 ; 96 (12) : 1725-1742.
- 15 - Baer JS, Marlatt GA, Kivlahan DR, Fromme K, Larimer M, Williams E. An experimental test of three methods of alcohol risk-reduction with young adults. *J Consult Clin Psychol* 1992 ; 60 : 9784-9979.
- 16 - Monti M, Colby SM, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Myers M, Woolard R, Lewander W. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999 ; 67 : 989-994.
- 17 - Borsari B, Carey KB. Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *J Consult Clin Psychol* 2000 ; 68 : 728-733.
- 18 - Handmaker NS, Miller WR, Manicke M. Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *J Stud Alcohol* 1999 ; 60 : 285-287.
- 19 - Heather N, Rollnick S, Bell A, Richmond R. Effects of brief counselling among heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug Alcohol Rev* 1996 ; 15 : 29-38.
- 20 - Hester RK, Squire D, Delaney HD. The drinker's check-up: 12-month outcomes of a controlled clinical trial of a stand alone software program for problem drinkers. *J Subst Abuse Treat* 2005 ; 28 : 159-169.
- 21 - Brown JM, Miller WR. Impact of motivational interviewing on participation in residential alcoholism treatment. *Psychol Addict Behav* 1993 ; 7 : 211-218.
- 22 - Bien TH, Miller WR, Boroughs JM. Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behav Cogn Psychot* 1993 ; 21 : 347-356.
- 23 - Marlatt GA, Baer JS, Kivlahan DR, Dimeff LA, Larimer ME, Quigley LA et al. Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-year follow-up assessment. *J Consult Clin Psychol* 1998 ; 66 : 604-615.
- 24 - Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res* 1998 ; 22 : 1300-1311.
- 25 - Sellman JD, Sullivan PF, Dore GM, Adamson SJ, Mac Ewan I. A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *J Stud Alcohol* 2001 ; 62 : 389-396.
- 26 - Shakeshaft AP, Bowman JA, Burrows S et al. Community-based alcohol counselling: a randomised clinical trial. *Addiction* 2002 ; 97 : 1449-1463.
- 27 - Saunders B, Wilkinson C, Phillips M. The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction* 1995 ; 90 : 415-424.
- 28 - Stein MD, Charuvastra A, Maksad J, Anderson BJ. A randomized trial of a brief alcohol intervention for needle exchangers (Braine). *Addiction* 2002 ; 97 : 691-700.
- 29 - Stephens RS, Roffman RA, Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J Consult Clin Psychol* 2000 ; 68 : 898-908.
- 30 - Miller WR, Yahne CE, Tonigan JS. Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *J Consult Clin Psychol* 2003 ; 71 (4) : 754-763.
- 31 - Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J, Liddle H, Titus JC, Kaminer Y, Webb C, Hamilton N, Funk R. The Cannabis youth treatment (CYT) study: main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat* 2004 ; 27 : 197-213.
- 32 - Marijuana Treatment Project Research Group. Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multi-site trial. *J Consult Clin Psychol* 2004 ; 72 : 455-466.
- 33 - Baker A, Boggs TG, Lewin TJ. Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction* 2001 ; 96 : 1279-1287.
- 34 - Stotts AM, Schmitz JM, Rhoades HM, Grabowski J. Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. *J Consult Clin Psychol* 2001 ; 69 : 858-862.
- 35 - Rohsenow DJ, Monti P, Martin RA, Colby SM, Myers MG, Gulliver SB et al. Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. *Addiction* 2004 ; 99 : 862-874.
- 36 - Grenard JA, Ames SL, Pentz MA, Sussman S. Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems. *Int J Adolescent Med Health* 2006 ; 18 : 53-67.
- 37 - Naar-King S. Entretien motivationnel avec les adolescents et jeunes adultes : défis et possibilités. In : 1^{ère} Conférence internationale sur l'entretien motivationnel. *Alcoologie et Addictologie* 2008 ; 30 (4) : 422.
- 38 - Hodgins DC, Currie SR, El-Guebaly N. Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *J Consult Clin Psychol* 2001 ; 69 : 50-57.
- 39 - Hodgins DC, Currie S, El-Guebaly N, Peden N. Brief motivational treatment for problem gambling: a 24-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors* 2004 ; 18 : 293-296.
- 40 - Carroll KM, Ball SA, Nich C, Martino S, Frankforter TL, Faretinos C, Kunkel LE, Mikulich-Gilbertson SK, Morgenstern J, Obert JL. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. *Drug Alcohol Depen* 2006 ; 81 : 301-312.
- 41 - Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviours. *Prog Behav Modif* 1992 ; 28 : 184-218.
- 42 - Anton RF, O'Malley SS et al. COMBINE study research Group. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006 ; 295 (17) : 2003-2017.
- 43 - Ashton M. The motivational Halo. *Drug and Alcohol Findings* 2005 ; 13 : 23-30.
- 44 - Khaler CW, Read JP, Ramsey SE, Stuart GL, McCrady BS, Brown RA. Motivational enhancement for 12-step involvement among patients undergoing alcohol detoxification. *J Consult Clin Psychol* 2004 ; 72 (4) : 736-741.

- 45 - Murphy JG, Benson TA, Vuchinich RE, Deskins MM, Eakin D, Flood AM, McDevitt Murphy ME, Torrealday O. A comparison of personalized feedback for college student drinkers delivered with and without a motivational interview. *J Study Alcohol* 2004 ; 65 : 200-203.
- 46 - Spirito A, Monti PM, Barnett NP, Colby SM, Sindelar H, Rohsenow DJ, Lewander W, Myers M. A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *J Pediatr* 2004 ; 3 : 290-291.
- 47 - Mullins SM, Suarez M, Ondersma SJ, Page MC. The impact of motivational interviewing on substance abuse treatment retention: a randomized control trial of women involved with child welfare. *J Subst Abuse Treat* 2004 ; 27 : 51-58.
- 48 - McCambridge J, Strang J. The efficacy of single session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction* 2004 ; 99 : 39-52.
- 49 - Bernstein J, Bernstein E, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S, Hingson R. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depen* 2005 ; 77 : 49-59.
- 50 - Baker A, Lee N, Claire M, Lewin TJ, Grant T, Pohlman S, Saunders JB, Kay-Lambkin F, Constable P, Jenner L, Carr VJ. Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction* 2005 ; 100 : 367-378.
- 51 - Haugh NA, Svikis D, DiClemente C. Motivational enhancement therapy for nicotine dependence in methadone-maintained pregnant women. *Psychology of Addictive Behaviors* 2004 ; 18 : 289-292.
- 52 - Tappin DM, Lumdsen M, Gilmour WH, Crawford F, McIntyre D, Stone DH, Webber R, MacINDOE S, Mohammad E. Randomized controlled trial of home based motivational interviewing by midwives to help pregnant smokers quit or cut down. *BMJ* 2005 ; 331 : 373-377.
- 53 - Colby SM, Monti PM, O'Leary Tevyaw T, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Riggs S, Lewander W. Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addict Behav* 2005 ; 30 : 865-874.

TIRÉS À PART

à commander lors du retour de l'épreuve en sus des 20 exemplaires gracieusement envoyés aux auteurs.

Prix TTC, port compris. À compter du 1^{er} janvier 2009

Nombre	1-4 Pages	5-8 Pages	9-12 Pages
	Euros	Euro	Euros
50	155	170	200
100	190	210	230
150	220	240	285
Version électronique (pdf)	50	75	100

L'envoi des tirés à part est subordonné à la réception d'un bon de commande en bonne et due forme.

PRINCEPS Éditions, 64, avenue du Général de Gaulle, F-92130 Issy-les-Moulineaux

Siret : 393433081 00014 – BNP 30004 / 00585 / 00010001233 / 59

TVA / VAT : FR 54393433081 – IBAN : FR76 3000 4005 8500 0100 0123 359 – BIC : BNPAFRPPBBT