

M. Geoffrey Dufayet*, Dr Aymeric Petit*, Mme Micheline Claudon*, Pr Michel Lejoyeux*

* Service de psychiatrie, Hôpital Bichat, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, 46, rue Henri Huchard, F-75018 Paris

Correspondance : Geoffrey Dufayet. Courriel : dufayetgeoffrey@yahoo.fr

Reçu mai 2013, accepté décembre 2013

La motivation dans la clinique alcoologique

Résumé

La prise en charge des conduites addictives s'est trouvée largement modifiée par l'apparition de la notion de motivation au début des années 1980. Elle a fourni au clinicien des éléments de compréhension des sujets addicts permettant de favoriser la relation thérapeutique et l'accompagnement dans le soin. Devant l'importance qu'a pris cette notion en addictologie et en particulier en alcoologie, nous avons réalisé une synthèse de type narratif, en recherchant dans les bases de données PubMed, PsycINFO et Google Scholar des articles traitant de différents points concernant la motivation et nous paraissant cliniquement pertinents. Nous avons d'abord souhaité revenir sur certains aspects du principal modèle théorique de la motivation, afin d'en soulever les implications cliniques. À travers ce travail, nous avons également cherché à discuter différents facteurs susceptibles de favoriser la motivation au changement chez des sujets en difficulté avec l'alcool, dans une perspective de soins mais aussi de prévention chez des buveurs à risque. Enfin, nous avons présenté plusieurs échelles d'évaluation de la motivation permettant au clinicien de cerner avec précision la demande du patient en difficulté avec l'alcool. L'objectif de ce travail est donc avant tout de fournir à l'intervenant en alcoologie certains points de repère destinés à faciliter l'accompagnement de patients présentant un trouble lié à l'utilisation de l'alcool.

Mots-clés

Alcool – Motivation – Stade de changement – Changement de comportement – Entretien motivationnel

La motivation à changer de comportement est un important facteur dans le soin alcoologique. Les stratégies thérapeutiques mettent l'accent sur le développement de la motivation à changer, plus que sur une contrainte à arrêter de consommer ou sur l'imposition venue de l'extérieur de changer de comportement. La motivation est un

Summary

Motivation in the addiction medicine clinic

The management of addictive behaviour was profoundly modified with the development of the concept of motivation in the beginning of the 1980s. This concept provided clinicians with a better understanding of addictive subjects, thereby improving the therapeutic relationship and supportive care. In view of the importance of motivation in addiction medicine, particularly in relation to alcoholism, we conducted a narrative synthesis of this concept by searching PubMed, PsycINFO and Google Scholar databases for articles concerning various aspects of motivation that we considered to be clinically relevant. Firstly, we discuss certain aspects of the main theoretical models of motivation in order to determine their clinical implications. We also analyse various factors able to promote motivation for change in subjects in drinking problems, from the perspective of treatment but also prevention in high-risk drinkers. Finally, we present several evaluation scales of motivation allowing the clinician to precisely define the demands of patient's with drinking problems. The objective of this study is therefore essentially to provide addiction medicine practitioners with several guidelines to facilitate their care of patients with alcohol-related disorders.

Key words

Alcohol – Motivation – Stage of change – Behavior change – Motivational interview.

processus complexe, qui peut être appréhendé comme la circulation entre différents stades reflétant une attitude par rapport au changement. Il existe cinq stades principaux : la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action et la maintenance. La circulation entre ces stades s'effectue de manière dynamique et cyclique. L'augmenta-

tion de la motivation est un facteur prédictif de l'avancée du traitement alcoologique. Des études ont montré une bonne corrélation entre les stades de motivation et l'évolution de la consommation et des attitudes et croyances envers l'alcool à court et moyen terme (1).

L'évaluation de la motivation, ainsi que les éléments susceptibles d'aider le patient à cheminer vers le changement de comportement, sont aujourd'hui au cœur de la clinique alcoologique. Dans ce contexte, nous avons réalisé une synthèse narrative en cherchant dans les bases de données PubMed, PsycINFO et Google Scholar les articles traitant de la motivation au changement dans ses aspects théoriques mais également dans ses côtés pratiques, offrant au praticien en alcoologie des pistes interventionnelles. La richesse de ce domaine rendant toute tentative d'exhaustivité difficile dans ce cadre, nous avons souhaité ici ouvrir aux soignants en alcoologie quelques pistes de réflexion méritant probablement ailleurs de plus amples développements.

Nous avons choisi de ne pas nous limiter à la problématique de la dépendance, la clinique alcoologique recouvrant un large éventail de troubles, allant de l'usage à risque à la dépendance. Nous abordons les bases du modèle transthéorique du changement, en particulier celles concernant "la roue du changement", afin d'en souligner les implications cliniques. Nous interrogeons ensuite certains facteurs susceptibles de favoriser la motivation au changement chez des sujets en difficulté avec l'alcool, dans une perspective de soins mais aussi de prévention chez des buveurs à risque. Nous présentons enfin plusieurs échelles utilisées dans l'évaluation de la motivation.

Modèle transthéorique du changement et implications cliniques

Le modèle transthéorique du changement a été décrit par Prochaska et DiClemente à partir de 1982. Le cadre de ce travail ne permettant pas d'explorer la richesse théorique de ce modèle, nous avons choisi d'insister sur la représentation de la motivation au changement et l'importance de cet apport dans la modification du rapport soignant/soigné dans la prise en charge alcoologique.

Les stades de motivation

La motivation a été modélisée comme la circulation à travers différents stades décrits par Prochaska et DiClemente

dans leur Modèle transthéorique du changement (2). Ces stades décrivent des attitudes par rapport au changement : la pré-contemplation, reflétant un refus d'envisager un changement ; la contemplation, désignant la reconnaissance par le patient de l'éventualité du changement ; la préparation, illustrant la période au cours de laquelle le patient envisage les moyens à mettre en place pour changer de comportement ; l'action, témoignant des moyens mis en place dans la réalité ; enfin la période de maintenance, pendant laquelle le patient met en place des stratégies pour maintenir le nouveau comportement.

Évolution de la motivation

La circulation le long des stades de changement ne se fait pas de manière unilatérale mais de façon cyclique. Le parcours de soin du patient ayant une problématique avec l'alcool est variable et ne suit pas une trajectoire linéaire. Il est constitué d'allers et retours entre les différents stades. Le passage d'un stade de motivation à un autre, moins avancé, ne signe pas nécessairement un retour en arrière mais illustre le conflit et l'ambivalence des patients dépendants. Les difficultés de la prise en charge alcoologique s'expriment dans cette circulation entre les stades, s'effectuant à double sens et non à sens unique. Ainsi, des patients ayant atteint le stade de l'action, reflétant un changement de comportement, peuvent revenir à un stade antérieur (3). Une étude a montré que, parmi des patients alcoolo-dépendants ayant cherché de l'aide pour prendre en charge leur consommation d'alcool au cours de l'année précédant leur admission dans un hôpital général, 64,9 % étaient revenus au stade de la contemplation au moment de l'hospitalisation, et seulement 29,7 % étaient restés au stade de l'action (3).

L'accompagnement du patient

L'imposition d'une abstinence totale comme condition du soin peut présenter un caractère de contrainte susceptible de freiner l'accès aux soins, notamment dans certaines populations. La référence aux stades de motivation au changement peut alors permettre une meilleure adhésion au soin. Prochaska et DiClemente avaient déjà montré en 1992 que, dans une population de fumeurs, les résultats du traitement étaient fortement corrélés au stade de changement avant traitement (4). Heather et McCambridge ont retrouvé des résultats similaires dans une cohorte de patients dépendants de l'alcool (1). Chez les patients sans domicile, Collins et al. ont montré que l'identification

du stade de motivation au changement présentait une meilleure validité prédictive sur les variables de consommation (quantité typique d'alcool consommée par jour, consommation maximum par jour, nombre de jours sans consommer, problèmes liés à l'alcool, delirium tremens, dépendance à l'alcool) que la compliance à un traitement visant l'abstinence totale. Ainsi, les patients sans domicile accueillis dans un foyer n'exigeant pas l'abstinence totale d'alcool comme condition d'hébergement présentaient après une période de neuf mois une diminution des variables de consommation. La compliance au traitement se donnant comme objectif l'abstinence totale n'était pas associée de manière consistante à l'évolution de la consommation d'alcool (5). L'accompagnement du patient au cours du cheminement à travers les différents stades de motivation au changement présente un meilleur pronostic sur l'évolution de la consommation que la participation à un traitement basé sur la recherche de l'abstinence totale et définitive. Le style thérapeutique motivationnel met au centre de ses principes l'idée que *"le thérapeute ne doit pas imposer ses propres objectifs ou donner un avis personnel"* (6). Chez les patients sans domicile, l'objectif de l'abstinence semble démesuré, et la répétition d'échecs dans les tentatives de traitements risque de diminuer le sentiment d'auto-efficacité du patient. L'évaluation du niveau de motivation constitue un bon indicateur de l'issue du traitement (1).

La clinique alcoologique a largement bénéficié de cette compréhension nouvelle de la motivation. La naissance de l'entretien motivationnel, dans ce contexte théorique, ne doit cependant pas être considérée comme une conséquence logique de cette découverte : les bases posées par Miller et Rollnick dépassent le cadre du modèle trans-théorique, mais en partagent certains principes essentiels, comme l'accompagnement et le respect de la temporalité du patient.

L'entretien motivationnel

La philosophie de l'entretien motivationnel s'inscrit en rupture avec la démarche confrontationnelle, consistant à tenter de ramener le patient à la raison, en lui renvoyant le caractère insensé de son comportement et en lui imposant l'adoption d'un nouveau comportement basé sur une abstinence totale. Comme le rappelle Miller (7), pendant plusieurs décennies un style d'intervention percutant, directif, était considéré comme le seul moyen de dépasser les mécanismes de défense à l'œuvre dans les problématiques addictives.

Les approches thérapeutiques centrées sur la motivation présentent des résultats sur l'évolution de la consommation d'alcool favorables par rapport aux approches plus directives (7).

L'entretien motivationnel est apparu il y a plus de deux décennies, en 1983, sous l'influence de Miller et Rollnick. Le constat du fort taux d'abandon du soin addictologique chez les patients les a amenés à réfléchir aux moyens à mettre en place afin d'améliorer la motivation au traitement (8). L'entretien motivationnel bref alors mis au point a montré des résultats positifs sur l'issue du traitement, comparé à d'autres approches (7). Ce type d'intervention a été défini comme *"une approche directive centrée sur le patient, afin d'augmenter sa motivation intrinsèque au changement en explorant et résolvant son ambivalence"*(8). La motivation est conçue comme un processus interpersonnel, et non comme un trait de personnalité (9). Miller rappelle que l'entretien motivationnel s'inscrit dans un courant de pensée porté par Carl Rogers dès les années 1940, et mettant en lumière le rôle essentiel de la relation et de l'empathie en psychothérapie (10).

L'entretien motivationnel vise à accompagner le patient vers une augmentation de sa motivation à changer de comportement. Cet objectif nécessite un déplacement dans la relation soignant/soigné : le thérapeute doit abandonner sa position d'autorité et de prescripteur au profit d'une relation collaborative et amicale, afin de développer l'alliance thérapeutique. Dans cette optique, l'attitude du clinicien repose sur quatre concepts clés (8) : l'empathie, le développement des contradictions, l'encouragement de l'auto-efficacité, et l'accompagnement des résistances.

Facteurs susceptibles d'influencer la motivation au changement

L'évolution de la motivation à changer de comportement, ainsi que les mécanismes permettant de passer d'un stade de motivation à un autre restent mal connus. L'identification de facteurs jouant un rôle dans l'évolution de l'attitude du patient par rapport à l'alcool constitue un enjeu clinique important. Elle peut permettre au praticien d'orienter la prise en charge en appuyant sur différents leviers thérapeutiques. Nous en avons relevés trois en particulier, souvent mis en avant par les patients eux-mêmes. Nous avons souhaité aussi préciser que l'influence de ces facteurs devait être relativisée en fonction des caractéristiques de la relation au produit.

Le domaine de la santé

La prévalence des problèmes par rapport à l'alcool à l'hôpital général est plus élevée que dans la population générale (11). Ce taux de prévalence élevé, atteignant 26 % dans une étude conduite par Roche en 2006 (12), s'explique en partie par les complications somatiques provoquées par une consommation excessive d'alcool, et nécessitant une hospitalisation (3, 13). Dans cette population, on retrouve une motivation au changement augmentée par rapport à un échantillon de la population générale (13). Cette différence tend à montrer que les conséquences somatiques liées à l'alcool sont un facteur favorisant une attitude vers le changement. Cependant, cette augmentation de la motivation en lien avec une prise de conscience des risques pour la santé n'a pas été réévaluée sur un temps plus long, après la sortie de l'hôpital. La question se pose donc de savoir si cette hausse de la motivation liée au risque somatique se maintient dans le temps. Dans une étude longitudinale datant de 2003, Dunn et al. ont montré qu'un mois après une hospitalisation liée aux conséquences de l'alcool la consommation avait largement diminué. En revanche, quatre mois après l'hospitalisation, 20 % des patients étaient revenus à une consommation supérieure à celle antérieure à l'hospitalisation, et seulement 6 % avaient maintenu une diminution (14). Parmi les facteurs favorisant la hausse de la motivation à changer de comportement au cours d'une hospitalisation, la rupture avec le milieu de vie ordinaire et l'abstinence liée aux conditions d'hospitalisation ont été avancés (3). Toutefois, l'influence de ces facteurs n'a pas été mise en évidence de manière objective.

La question de la santé et des conséquences somatiques liées à la consommation d'alcool apparaît donc comme un facteur important dans la prise de conscience des répercussions de la dépendance et dans l'augmentation de la motivation à changer de comportement, mais elle ne semble pas suffisante pour permettre un changement durable dans le temps.

Le niveau de satisfaction de la vie

L'augmentation de la consommation d'alcool entraîne des conséquences négatives dans la vie des personnes. Si les conséquences somatiques apparaissent comme un facteur de motivation à changer de comportement, les conséquences sur d'autres domaines de la vie personnelle peuvent également favoriser le passage vers des stades supérieurs de motivation (17, 18). Chez des patients jeunes ne présentant pas nécessairement une problématique de dépen-

dance à l'alcool, une étude a montré que l'augmentation des variables de consommation (occasions de consommer, nombre de verres par semaine, épisode de consommation massive, problèmes liés à l'alcool) entraînait une diminution du niveau de satisfaction dans différents domaines de vie (tels que le domaine social, le domaine de l'éducation, les relations familiales et l'attente de satisfactions dans le futur) et une augmentation de la motivation à changer de comportement (15).

En dehors d'une problématique de dépendance, la mise en relief des effets négatifs de la consommation d'alcool constitue donc un bon point d'appui pour amener le sujet présentant une consommation d'alcool à risque à remettre en question son attitude de consommation.

Les conséquences intrapersonnelles

La motivation à changer de comportement par rapport à la consommation d'alcool est soutenue par la prise de conscience des conséquences négatives de la consommation. Ces conséquences peuvent être d'ordre inter-personnel ou d'ordre intrapersonnel (16). Les conséquences inter-personnelles recouvrent les problèmes avec la famille ou les amis liés à la consommation. Les facteurs intrapersonnels concernent les sentiments de culpabilité, de honte ou la perception de changements dans sa propre personnalité (16). Les conséquences d'ordre intrapersonnel apparaissent comme des facteurs de motivation plus importants que les facteurs d'ordre inter-personnel (16).

Ces données suggèrent que, au-delà de l'événement ou des conséquences de la consommation en elles-mêmes, doit également être prise en compte la valeur subjective que l'individu accorde à ces facteurs. La capacité du sujet à mettre sa consommation d'alcool au centre de sa problématique et des difficultés qu'il rencontre semble constituer l'indicateur principal de sa motivation à changer de comportement et à rechercher à adopter un nouveau comportement lui apportant de plus grandes satisfactions.

Impact de la relation à l'alcool sur la motivation

Par ailleurs, le poids d'un incident lié à l'alcool sur la motivation à changer de comportement paraît lié aux caractéristiques de la relation à l'alcool. Ainsi, un événement unique recouvrira une valeur différente suivant la problématique du patient. Dans une étude datant de 2006 portant sur des étudiants expérimentant un incident lié à

leur consommation d'alcool, ayant nécessité un traitement médical ou ayant entraîné une sanction disciplinaire, les auteurs ont souligné le lien entre niveau de consommation et motivation à changer (19). Suivant les résultats de cette étude, un niveau élevé de consommation est associé à une motivation à changer plus faible. Inversement, un niveau de consommation plus bas correspond à une motivation augmentée suite à un incident lié à l'alcool (19). La capacité à reconnaître la gravité de l'incident et l'implication de la consommation d'alcool apparaît liée à la motivation à changer de comportement (19, 20).

Selon les auteurs, l'augmentation du niveau de consommation entraîne une tolérance accrue aux effets négatifs de l'alcool, amenant les sujets à vivre les conséquences de leur consommation de façon moins intense (19). Il est possible de supposer que l'impact d'un événement unique, chez un patient répondant aux critères de dépendance à l'alcool, sera alors amoindri par rapport à un sujet présentant une consommation à risque sans dépendance. Toutefois, il n'existe pas à notre connaissance de recherche comparant les effets d'un incident lié à l'alcool sur la motivation à changer chez les patients dépendants et non dépendants.

Les échelles d'évaluation de la motivation

Plusieurs outils, inspirés par le Modèle transthéorique du changement, ont été mis au point dans le but d'évaluer la motivation au changement chez les patients dépendants. Nous en recensons ici plusieurs ayant été validés par psychométrie. Ces trois échelles ont été choisies en raison de leur intérêt clinique, leur simplicité d'utilisation les rendant aisément utilisables dans le cadre d'une première consultation alcoologique.

Échelle URICA

L'échelle URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*) est une échelle de 32 items basée sur le Modèle transthéorique du changement. Cette échelle est divisée en plusieurs sous-échelles représentant les principaux stades de changement : précontemplation, contemplation, action et maintenance. L'URICA est l'une des échelles les plus utilisées pour mesurer la motivation au changement dans les différents champs de l'addiction. Plusieurs études se sont penchées sur les caractéristiques psychométriques de cette échelle (21-23). Malgré des résultats mitigés concernant

la validité prédictive et la validation externe, comme le rappelle Field (21), l'URICA a montré de bonnes propriétés psychométriques pour la consistance théorique et la composition des échelles (23).

L'URICA reste un bon indicateur de la motivation du patient, permettant au clinicien de s'ajuster de manière précise à la demande du sujet.

Readiness to Change Questionnaire

Le RCQ est un autoquestionnaire de 12 items permettant de situer rapidement un patient demandeur d'aide dans l'un des trois stades de changement : pré-contemplation, contemplation ou action. Cet outil bref a été utilisé dans différentes études (24-27). Il a montré de bonnes propriétés psychométriques, notamment une bonne validité prédictive. Heather et al. ont montré que le RCQ était prédictif de l'évolution de la consommation d'alcool à 6 mois (28). Cet outil a cependant été critiqué par Stephen Sutton (29), qui soulève plusieurs erreurs méthodologiques susceptibles de fausser la corrélation entre stade de préparation et changement de comportement. Ce questionnaire reste en conséquence à utiliser avec précaution, et ne doit pas se substituer à l'évaluation clinique.

Treatment readiness Tool

Le TreaT est un outil mis au point afin d'évaluer la motivation à rechercher une aide formelle dans les problématiques addictives (26). Il est composé de 12 items, quatre pour chacun des trois stades : précontemplation, contemplation et préparation. Ce questionnaire a été validé et utilisé dans plusieurs études (27, 25). Freyer et al. ont montré que la préparation au changement et la préparation au traitement du problème d'alcool étaient distincts chez des consommateurs à risque (26). La motivation au traitement révélait dans cette étude une meilleure capacité prédictive que la motivation au changement de comportement.

Conclusion et limites de l'approche motivationnelle

Nous avons tenté ici de mettre en valeur certaines caractéristiques de l'approche motivationnelle dans la prise en charge des problèmes liés à l'alcool. La supériorité de cette approche par rapport à d'autres types d'interventions peut

cependant être remise en question, notamment à travers la question du *dodo bird verdict*, liée aux résultats du Projet MATCH, montrant l'absence de différences notables sur l'issue du traitement entre les différentes approches thérapeutiques (30). L'idée d'un "facteur commun" non identifié, responsable des issues du traitement, a été avancée (1). Par ailleurs, dans une étude datant de 2013, Kaner et al. ont montré que la participation à un entretien inspiré de l'entretien motivationnel ne présentait pas plus d'impact sur la réduction de la consommation qu'une intervention plus brève chez des consommateurs à risque, bien qu'il augmente sensiblement le niveau de préparation au changement (31). Le travail motivationnel semble constituer l'un des paramètres du soin, mais ne peut être considéré comme l'unique variable responsable de l'issue du traitement. Ce point de vue suggère que l'entretien motivationnel ne se révèle pas plus efficace qu'une autre forme de thérapie, bien qu'il présente peut-être l'avantage de marcher plus vite (6). Cette idée demeure aujourd'hui conflictuelle (32, 33). Nous avons montré que l'approche motivationnelle, illustrée principalement dans la clinique par l'entretien motivationnel, mettait au centre de ses préoccupations la prise en compte de l'individu pour s'adapter à sa demande, bien plus qu'une technique d'entretien à proprement parler.

Le spectre des problèmes liés à l'alcool s'avère extrêmement large, depuis la consommation à risque jusqu'à la dépendance. Nous avons mis en avant certains déterminants de la motivation au changement, en suggérant que les limites de ces leviers reposaient dans les particularités de la relation à l'alcool, la gravité de la problématique étant susceptible de relativiser l'influence de ces facteurs. Enfin, nous avons recensé quelques échelles validées par psychométrie, s'appuyant sur le modèle de motivation avancé par Prochaska et DiClemente (2). Ces échelles constituent des outils de recherche et d'évaluation importants, permettant au clinicien de saisir plus facilement le niveau de motivation du patient, et donc d'adapter les objectifs thérapeutiques de manière individualisée. À travers ce travail, nous avons souhaité synthétiser plusieurs apports essentiels de la notion de motivation au domaine alcoologique. Si l'évaluation de la motivation, ainsi que la recherche de pistes interventionnelles, représente un point important de la clinique, il apparaît toutefois important pour le clinicien de ne pas en construire une représentation idéale, sous peine de voir les principes qui l'organisent se rigidifier en une sorte de manuel thérapeutique immuable. ■

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt.

G. Dufayet, A. Petit, M. Claudon, M. Lejoyeux
La motivation dans la clinique alcoologique
Alcoologie et Addictologie 2014 ; 36 (2) : 151-157

Références bibliographiques

- 1 - Heather N, McCambridge J. Post-treatment stage of change predicts 12-months outcome of treatment for alcohol problems. *Alcohol and Alcohol*. 2013 ; 48 (3) : 329-36.
- 2 - Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992 ; 47 (9) : 1102-14.
- 3 - Rumpf H-J, Hapke U, John U. Previous help seeking and motivation to change drinking behaviour in alcohol-dependant general hospital patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998 ; 20 : 115-9.
- 4 - Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. In : Hersen M, Eisler RM, Miller PM, Eds. *Progress in behavior modification*. Sycamore, IL : Sycamore Press ; 1992. p. 184-214.
- 5 - Collins SE, Malone DK, Larimer ME. Motivation to change and treatment attendance as predictors of alcohol-use outcomes among project-based Housing First residents. *Addict Behav*. 2012 ; 37 : 931-9.
- 6 - Heather N, Adamson SJ, Raistrick D et al. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: I. Baseline differences between abstinence and non-abstinence groups. *Alcohol and Alcohol*. 2010 ; 45 (2) : 128-35.
- 7 - Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol*. 1993 ; 61 : 455-61.
- 8 - Chanut F, Brown TG, Dongier M. Motivational interviewing and clinical psychiatry. Review paper. *Can J Psychiatry*. 2005 ; 50 : 548-5.
- 9 - Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behaviour Psychother*. 1983 ; 11 (2) : 147-72.
- 10 - Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol*. 2009 ; 64 (6) : 527-37.
- 11 - Roson B, Monte R, Gamallo R et al. Prevalence and routine assessment of unhealthy alcohol use in hospitalized patients. *Eur J Intern Med*. 2010 ; 21 : 458-64.
- 12 - Roche AM, Freeman T, Skinner N. From data to evidence, to action: findings from a systematic review of hospital screening studies for high-risk alcohol consumption. *Drug Alcohol Depend*. 2006 ; 83 (1) : 1-14.
- 13 - Rumpf H-J, Hapke U, Meyer C et al. Motivation to change drinking behavior: comparison of alcohol-dependant individuals in a general hospital and a general population sample. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999 ; 21 : 348-53.
- 14 - Dunn C, Zatzick D, Russo J et al. Hazardous drinking by trauma patients during the year after injury. *J Trauma*. 2003 ; 54 (4) : 707-12.
- 15 - Shealy AE, Murphy JG, Borsari B et al. Predictors of motivation to change alcohol use among referred college students. *Addict Behav*. 2007 ; 32 : 2358-64.
- 16 - Blume AW, Schmalling KB, Marlatt GA. Recent drinking consequences, motivation to change, and changes in alcohol consumption over a three months period. *Addict Behav*. 2006 ; 31 : 331-8.
- 17 - Blume AW, Schmalling KB. Loss and readiness to change substance abuse. *Addict Behav*. 1996 ; 21 (4) : 527-30.
- 18 - Blume AW, Marlatt GA. Recent important substance-related losses predict readiness to change scores among people with co-occurring psychiatric disorders. *Addict Behav*. 2000 ; 25 (3) : 461-4.
- 19 - Barnett NP, Goldstein AL, Murphy JG et al. "I'll never drink like that again": characteristics of alcohol-related incidents and predictors of motivation to change in college students. *J Study Alcohol*. 2006 ; 67 (5) : 754-63.
- 20 - Longabaugh R, Minugh PA, Nirenberg TD et al. Injury as a motivator to reduce drinking. *Acad Emer Med*. 1995 ; 2 : 817-25.
- 21 - Field CA, Adinoff B, Harris TR et al. Construct, concurrent and predictive validity of the URICA: data from two multi-site clinical trials. *Drug Alcohol Depend*. 2009 ; 101 (1-2) : 115-23.

- 22 - Pantalon MV, Nich C, Frankforter T et al. The URICA as a measure of motivation to change among treatment-seeking individuals with concurrent alcohol and cocaine problems. *Psychol Addict Behav.* 2002 ; 16 (4) : 299-307.
- 23 - Blanchard KA, Morgenstern J, Morgan TJ et al. Motivational subtypes and continuous measures of readiness for change: concurrent and predictive validity. *Psychol Addict Behav.* 2003 ; 17 (1) : 56-65.
- 24 - Freyer-Adam J, Coder B, Ottersbach C et al. The performance of two motivation measures and outcome after alcohol detoxification. *Alcohol and Alcohol.* 2009 ; 44 (1) : 77-83.
- 25 - Lau K, Freyer-Adam J, Gaertner B et al. Motivation to change risk drinking among general hospital inpatients with problem drinking alcohol-related diseases. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010 ; 32 : 86-93.
- 26 - Freyer J, Tonigan JS, Keller S et al. Readiness for change and readiness for help-seeking: a composite assessment of client motivation. *Alcohol and Alcohol.* 2005 ; 40 (6) : 540-4.
- 27 - Freyer J, Coder B, Bischof G et al. Intention to utilize formal help in a sample with alcohol problems: a prospective study. *Drug Alc Dep.* 2007 ; 87 : 210-6.
- 28 - Heather N, Rollnick S, Bell A. Predictive validity of the Readiness to Change Questionnaire. *Addiction.* 1993 ; 88 : 1667-77.
- 29 - Sutton S. Commentary on Collins et al. (2010): why readiness to change may not predict behaviour. *Addiction.* 2010 ; 105 : 1910-1.
- 30 - Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three years drinking outcomes. *J Studies Alcohol.* 1997 ; 58 : 7-29.
- 31 - Kaner E, Bland M, Cassidy P et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMJ.* 2013 ; 346 : e8501.
- 32 - Carroll KM, Rounsaville BJ. Commentary on Sellman (2010): perhaps it's the dodo bird verdict that should be extinct. *Addiction.* 2010 ; 105 (1) : 18-20.
- 33 - Imel ZE, Wampold BE, Miller SD, et al. Distinctions without a difference: direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychol Addict Behav.* 2008 ; 22 : 533-43.

Prix Pierre Fouquet 2013

Lauréate : Emmanuelle Simon O'Brien

pour sa thèse de doctorat en neurosciences

"Inhibition de la recapture des monoamines et des histones désacétylases dans un modèle préclinique d'addiction à l'alcool"



Prix Pierre Fouquet 2014

En 2014, la Société Française d'Alcoologie récompensera deux thèses portant sur les différents domaines de l'alcoologie et, éventuellement, ses liens avec l'addictologie : un travail de recherche fondamentale et une thèse clinique.

- ❖ Les thèses sont à adresser à la Secrétaire Générale, en quatre exemplaires, avant le 14 novembre 2014.

- ❖ Le jury nommé par le Conseil d'Administration sélectionne les travaux récompensés.

- ❖ La remise des deux prix, accompagnés chacun d'un chèque de 1 000 euros, aura lieu à Paris à l'occasion des Journées de la SFA des 18, 19 et 20 mars 2015.

Secrétariat Général de la Société Française d'Alcoologie

Dr Claudine Gillet
c/o Princeps Éditions
64, avenue du Général de Gaulle, F-92130 Issy-les-Moulineaux
Téléphone : 01 46 38 24 14 – Télécopie : 01 40 95 72 15
princeps.gdumas@orange.fr