

APPLIQUER QUELQUES CONCEPTS SIMPLES DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL DANS LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE AU QUOTIDIEN

Dr Guillaume Fond, D. Ducasse, J. Attal, A. Larue, A. Macgregor, M. Brittner, D. Capdevielle

Editions Matériologiques | « PSN »

2012/1 Volume 10 | pages 51 à 62

ISSN 1639-8319

ISBN 9782919694150

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-psn-2012-1-page-51.htm>

!Pour citer cet article :

Dr Guillaume Fond *et al.*, « Appliquer quelques concepts simples de l'entretien motivationnel dans la pratique psychiatrique au quotidien », *PSN* 2012/1 (Volume 10), p. 51-62.

Distribution électronique Cairn.info pour Editions Matériologiques.

© Editions Matériologiques. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Appliquer quelques concepts simples de l'entretien motivationnel dans la pratique psychiatrique au quotidien

G. FOND^{a,b,c}, D. DUCASSE^{a,b,c}, J. ATTAL^{a,b,c}, A. LARUE^{a,b,c},
A. MACGREGOR^{a,b,c}, M. BRITNER^{a,b,c}, D. CAPDEVIELLE^{a,b,c}

(a) Université Montpellier 1, Montpellier F-34000. (b) Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), U1061 « Neuropsychiatrie : recherche épidémiologique et clinique », Montpellier F-34093. (c) Service universitaire de psychiatrie adulte, hôpital La Colombière/CHU de Montpellier, F-34000. Auteur de correspondance : Dr Guillaume Fond, chef de clinique, assistant des hôpitaux, service universitaire de psychiatrie adulte (Pr J.-P. Boulenger), hôpital La Colombière/CHU de Montpellier, 39, avenue Charles-Flahault, 34295 Montpellier cedex 05, tél : +33 4 67 33 97 02, fax : +33 4 67 33 89 95.

Résumé. L'entretien motivationnel est une technique psychothérapeutique qui a pour but d'amener un patient à résoudre son ambivalence face à un comportement problématique pour l'amener au changement. But de l'article : proposer une synthèse des concepts de l'entretien motivationnel dans la pratique quotidienne de l'entretien psychiatrique ainsi qu'un bref rappel des domaines où cette technique a démontré son efficacité. Méthode : les concepts présentés font référence au livre de Miller et Rollnick (2002). Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature selon les critères PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis*) pour présenter un inventaire exhaustif des domaines où l'efficacité de l'entretien motivationnel a été démontrée. Le paradigme de recherche était : « *motivational AND (interviewing OR enhancement)* ». Résultats : cent vingt-neuf articles ont été inclus dans l'étude qualitative. L'entretien motivationnel se distingue des autres approches thérapeutiques essentiellement par l'attitude du thérapeute, qui va défendre le *statu quo*, face au patient qui défendra le changement et découvrira ainsi sa motivation par inférence. Les résistances ne seront pas interprétées comme attribuables au seul patient mais le signe d'une dissonance entre patient et thérapeute qui amènera le thérapeute à en explorer les causes pour éclairer et résoudre l'ambivalence du patient. La notion « d'essai » est fondamentale, pour ne pas attribuer l'échec à des facteurs internes stables du patient mais à des circonstances. La rechute est davantage la règle que l'exception, et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé. L'entretien motivationnel a été développé initialement dans l'addiction à l'alcool, et a également solidement confirmé son efficacité dans plusieurs domaines : l'utilisation du préservatif et l'observance médicamenteuse chez les patients

atteints du VIH, le tabagisme, l'abus de substance, les règles hygiéno-diététiques dans la prévention des maladies cardio-vasculaires. Comparativement, peu d'études ont été faites dans les maladies psychiatriques : quelques études ont porté (par ordre décroissant de nombre de publications) sur la schizophrénie, le trouble obsessionnel compulsif, l'anorexie mentale, et le trouble anxieux généralisé. À notre connaissance, aucune étude ne porte sur l'entretien motivationnel dans les troubles de l'humeur, la boulimie, les troubles de personnalité et le risque suicidaire. Les techniques de l'entretien motivationnel semblent aspécifiques et pourraient être potentiellement efficaces dans ces domaines, ainsi que dans d'autres spécialités médicales que la psychiatrie.

Mots clés. Entretien motivationnel, addiction, schizophrénie, trouble obsessionnel-compulsif, trouble anxieux généralisé.

Abstract. Introduction. Motivational interviewing was developed in the 90's and is mainly used in addictive disorders. Aim of the study: to provide a summary of motivational interviewing concepts and a brief systematic review of fields where motivational interviewing has demonstrated significant efficacy. Method: The concepts presented are taken from the reference book by W. Miller and S. Rollnick (2002). We present then a systematic review of the literature on the effectiveness of motivational interviewing which we conducted using the PRISMA criteria. The research paradigm was "motivational AND (interviewing OR enhancement)". The Medline database search (1966-present) and Web of Science (1975-present) were explored. Results. One hundred and twenty-nine papers were selected for qualitative analysis of literature. Motivational interviewing differs from other therapeutic approaches mainly by the therapist's attitude, who defends *statu quo*, facing the patient who defends change. Resistance is not interpreted as due to the patient but sign of a mismatch between patient and therapist, which will lead the therapist to explore the causes of the dissonance to illuminate and resolve patient's ambivalence. The "trial" concept is fundamental, to attribute failure not to patient's stable internal factors but to circumstances. Relapse is more often a rule than an exception, and each relapse brings the therapist and patient closer to the consolidated success. Motivational interviewing has shown its effectiveness in alcoholism, smoking, condom use and medication adherence in patients with HIV, substance abuse, lifestyle and dietary rules in the prevention of cardiovascular disease. Compared to these research fields, few studies have been conducted in schizophrenia, anorexia nervosa, obsessive compulsive disorder and generalized anxiety disorder. Research perspectives. To our knowledge, no study focuses on motivational interviewing in mood disorders, bulimia, personality disorders, suicide risk.

Keywords. Motivational interviewing, addiction, schizophrenia, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder

Introduction

L'entretien motivationnel est une technique psychothérapeutique qui a pour but d'amener un patient à résoudre son ambivalence face à un comportement nocif pour sa santé ou son bien-être. Il a été développé dans les années 1990 et est essentiellement utilisé dans les troubles addictifs [32]. L'entretien moti-

vationnel ne se centre pas sur l'apprentissage de nouvelles capacités sociales, sur le remodelage des cognitions (comme les thérapies cognitives), ni sur la mise au jour d'éléments du passé (comme les psychothérapies psychodynamiques). Il est centré sur l'intérêt et les préoccupations actuels du patient. L'entretien motivationnel n'est pas un moyen d'imposer à une personne un changement qui ne serait pas cohérent avec ses valeurs essentielles et ses croyances. L'objectif n'est pas non plus d'aider les gens à s'accepter et à rester comme ils sont.

Cette technique peut être utilisée par tout psychiatre dans sa pratique quotidienne de l'entretien psychiatrique, et ses indications pourraient être beaucoup plus vastes, notamment concernant l'alliance et l'observance thérapeutique des patients, quelles que soient la pathologie et la spécialité médicale du praticien.

But de l'étude : proposer une présentation synthétique des concepts de l'entretien motivationnel ainsi qu'une courte revue systématique des domaines où l'entretien motivationnel a démontré une efficacité significative.

Méthode : la présentation des concepts se fonde sur le manuel de W. Miller et S. Rollnick [32]. Nous présenterons ensuite une revue systématique courte de la littérature sur l'efficacité de l'entretien motivationnel, basée sur les critères PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis*). Les critères de recherche ont été spécifiés à l'avance. Les articles éligibles concernaient les adultes (19 ans et plus), les articles en anglais et en français sans limites de dates de publication. Seuls les essais cliniques randomisés, les méta-analyses et les revues de la littérature ont été retenus. Le paradigme de recherche était : « *motivational AND (interviewing OR enhancement)* ». Les bases de recherche Medline (1966 jusqu'à nos jours) et Web of Science (1975 jusqu'à nos jours) ont été explorées. Les duplicatas ont été supprimés. Les références de chaque article ont été vérifiées pour ajouter des articles supplémentaires éventuels. La dernière recherche a été réalisée le 8 mars 2012.

Résultats : quatre cents articles ont été trouvés. Cent vingt-neuf ont été retenus pour l'analyse qualitative de la littérature, les résumés des autres articles ne correspondant manifestement pas à notre sujet.

Le paradigme épuré de l'entretien motivationnel : la thérapie brève

La thérapie brève est l'échange minimal que peut pratiquer tout soignant en santé mentale (médecin, infirmier, pharmacien, etc.) face à un patient ambi-

valent par rapport à une maladie, un traitement ou un comportement nocif pour sa santé. Les termes « thérapie brève » sont une traduction abusive des termes anglo-saxons « *brief therapy* » qui désignent des thérapies allant « droit au but », sans ambages et non pas des thérapies de durées courtes, même si elles ont été conçues pour durer moins de six séances. Le nombre d'heures alloué à une démarche ne serait en effet pas l'un des facteurs prédicteurs les plus fiables de succès thérapeutique [32].

La thérapie brève comporte la transmission par le thérapeute d'une information objective sur l'état de santé actuel du patient, un rappel de la liberté du patient du choix d'action, un avis professionnel non coercitif émis seulement à la demande explicite du patient, et un « menu d'options » lorsque plusieurs traitements sont possibles.

Description théorique du positionnement du patient au cours de l'entretien motivationnel

La résistance du patient n'est pas un obstacle. L'entretien motivationnel se distingue d'autres approches psychothérapeutiques en ceci qu'il met en lumière l'ambivalence du patient, sans l'attribuer à un mécanisme de défense lié à une personnalité pathologique, et sans attendre du patient une propension immédiate au changement et une attitude de « cothérapeute ». Le patient doute de sa capacité et de sa nécessité de changer. Le thérapeute va l'amener à travailler sur son *sentiment d'efficacité personnelle*, défini comme « la probabilité qu'une personne s'attribue de pouvoir changer un comportement ». La question « D'après vous, quelle est la probabilité que vous changiez ? », posée lors du premier entretien, serait le meilleur facteur prédictif du succès du changement au cours de la thérapie.

Être prêt. Le classique « J'arrête demain » (le tabac, l'alcool, etc.) ne doit pas être interprété par le thérapeute comme une défense mais comme une information donnée par le patient sur la prochaine étape du changement.

Dépasser l'ambivalence. Il s'agirait d'un processus normal de la nature humaine [32]. L'absence de motivation du patient, qui frustre souvent les équipes soignantes, peut être le signe d'une ambivalence non encore résolue chez le patient. La bonne question n'est pas « Pourquoi cette personne n'est-elle pas motivée ? » mais « Par quoi cette personne pourrait-elle être motivée ? ». Les personnes seraient toujours motivées par quelque chose. L'ambivalence ne serait pas un obstacle au changement, elle rendrait au contraire le changement

possible, à condition de ne pas y rester bloqué, ce qui va constituer l'objet des premières séances de la thérapie.

Techniques du thérapeute propres à l'entretien motivationnel

Les modalités d'ouverture de l'entretien. Pour éviter la plupart des dissonances (*i. e.* des oppositions dans le rapport collaboratif entre le thérapeute et le patient) qui peuvent survenir au cours de l'entretien, liées à une incompréhension entre les attentes du patient et celles du thérapeute, l'entretien peut s'introduire par une phrase du thérapeute annonçant le temps dont il dispose, une explication de son rôle et de ses objectifs, une description du rôle du patient, les détails dont on sera amené à s'occuper, et enfin une question ouverte du type « De quoi préféreriez-vous parler aujourd'hui ? » ou « Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus ? ».

L'attitude générale du thérapeute. Selon la théorie de Carl Rogers [32], les compétences déterminantes du consultant pour faciliter le changement sont l'empathie appropriée, être chaleureux sans être possessif et enfin l'authenticité. L'empathie du thérapeute dans l'entretien motivationnel nécessite une écoute réflexive (*i. e.* qui renvoie en miroir au patient son discours, ses ressentis et ses valeurs) bien contrôlée. Contrairement aux thérapies cognitives et comportementales, il ne s'agit pas simplement de la technique des « 4 R » (Reformuler, Résumer, Renforcer, Recontextualiser) [10]. Le thérapeute peut utiliser des techniques de sous-évaluation (reformuler en minimisant la valence/charge émotionnelle du discours du patient pour lui permettre de le renforcer) ou la surévaluation (maximiser le discours du patient jusqu'à la caricature pour lui permettre de le critiquer en le réajustant).

Favoriser le discours-changement. Plus un patient argumente contre le changement au cours d'un entretien, et moins probable sera le changement : en effet, si le thérapeute mène l'entretien de façon directive, dans la confrontation, la résistance du patient augmente. Exemples de quelques questions ouvertes pour favoriser le discours-changement : « Que pensez-vous qu'il arrivera si vous ne changez rien ? », « En quoi aimeriez-vous que les choses soient différentes de ce qu'elles sont ? » « Comment aimeriez-vous que soit votre vie dans cinq ans ? », « Si vous pouviez faire un changement immédiatement, comme par magie, qu'est-ce qui pourrait s'améliorer pour vous ? », « Qui pourrait vous aider de façon efficace pour réussir ce changement ? », « Si vous décidiez de changer,

quels seraient les moyens efficaces pour vous ? », « Sans s'occuper pour l'instant du comment, que souhaitez-vous qu'il arrive ? »

Étiqueter positivement le patient (effet Pygmalion). Le changement survient naturellement. Les gens qui croient avoir de bonnes chances de changer changent. Ceux dont les soignants croient qu'ils ont de bonnes chances de changer changent. Et ceux à qui on dit qu'on ne s'attend pas à une amélioration ne changent pas. L'effet Pygmalion représente la croyance du thérapeute (ou de l'équipe soignante) dans la capacité de changer du patient. Il peut donc être positif ou négatif selon la bienveillance et la confiance du ou des thérapeutes dans les chances de succès du patient. Le thérapeute pourra ainsi étiqueter positivement le patient, quel que soit son stade dans le processus de changement : « Vous êtes quelqu'un de bien, je vois que vous faites des efforts », « Si j'étais à votre place je penserais comme vous. »

Renforcer la divergence. La motivation naît de la divergence entre la situation actuelle (comportement) et l'idéal souhaité (valeurs de l'individu). Ce concept se rapproche de la dissonance cognitive dans les thérapies cognitives. Le patient ne change pas tant que la situation reste dans les limites acceptables. Le thérapeute pourra faire émerger la motivation au changement en renforçant la divergence. Il est parfois utile de comparer l'époque antérieure avec la situation présente : « Vous souvenez-vous de l'époque où les choses allaient bien pour vous ? Qu'est-ce qui a changé ? », « Racontez-moi comment vous vous êtes rencontrés et ce qui fait que vous vous êtes plu ? », « Comment ça se passait dans votre vie avant de prendre de la drogue ? Quel genre de personne étiez-vous à ce moment-là ? »

La confiance dans le changement. Si le patient a le sentiment de divergence (entre la situation actuelle et l'idéal souhaité) et la motivation mais qu'il reste pessimiste sur ses chances de réussir à changer, il va développer des mécanismes de défense pour diminuer la divergence : la dénégation (« Cela ne va pas si mal »), la rationalisation (« De toute façon, je n'en ai pas envie ») et la projection (« Ce n'est pas mon problème, c'est le leur »). L'argument classiquement opposé est : « J'ai essayé plusieurs fois et à chaque fois j'ai échoué. » Le thérapeute peut alors renforcer la confiance par la notion d'« essai » : l'abstinence est rarement effective après la première tentative de sevrage, et les fumeurs ou les personnes dépendantes à l'alcool nécessitent en général entre trois et cinq sevrages avant l'arrêt effectif. L'essai est une étape indispensable du changement. Plutôt que d'expliquer l'échec par des facteurs internes et stables – « Je n'y arriverai jamais » –, on peut l'attribuer à des facteurs externes :

« Ce n'était pas le bon moment », « Je n'étais pas tout à fait prêt », « Je n'ai pas été assez persévérant. »

Interactions patient-thérapeute au cours de l'entretien motivationnel

La théorie de la réactance psychologique prédit une augmentation de l'attractivité d'un comportement « problématique » lorsque la liberté individuelle semble réduite ou mise au défi. On peut penser intuitivement qu'aggraver les conséquences négatives des comportements en majorant les punitions (en en faisant un instrument de dissuasion) va éloigner le patient du comportement problème, ce qui est rarement constaté en pratique. Cette technique n'est pas efficace. Les critiques continuelles de la famille, par exemple, peuvent exacerber le comportement au lieu de l'atténuer. Un individu, dont toutes les sources de renforcement positif ou de valorisation sont épuisées, peut décider de poursuivre le comportement dont il attend du réconfort, même s'il doit payer le prix fort.

Le réflexe correcteur (righting reflex). Les hommes semblent avoir le désir en eux de redresser les situations qui le nécessitent [32]. Lorsqu'une personne présentant un réflexe correcteur (R) rencontre une personne ambivalente (A), R se met à conseiller, enseigner, persuader, avertir ou argumenter en faveur de la solution à la situation d'ambivalence de A. A va alors opposer des arguments à R, et chacun va entrer dans une escalade, l'attitude de R sera d'autant plus forte s'il caractérise la réponse de A comme un déni ou une résistance. C'est le reproche implicitement fait à A de ne pas coopérer, ou au moins d'attribuer le problème à sa pathologie et non à sa volonté. Or, la résistance dépendrait d'une interaction entre deux personnes, elle ne résulterait pas du seul comportement du patient. Certaines théories psychodynamiques interprètent la résistance comme symptomatique des conflits inconscients et des défenses psychologiques qui sont mises en place au cours de la prime enfance. L'attitude du thérapeute qui répond et peut entretenir la résistance du patient (ce qu'on pourrait appeler la « contre-résistance »). Le piège le plus fréquent est donc pour le thérapeute de prendre parti pour le changement. Une approche intéressante pour certains patients serait de proposer au patient de jouer le rôle du thérapeute, et le thérapeute de défendre le comportement problématique. Selon la théorie de l'inférence, le patient apprend en effet ce qu'il pense lorsqu'il entend ce qu'il raconte [10]. La solution que R tente de valoriser sera d'autant moins

probable que A argumente pour la défendre. C'est donc au patient d'exprimer les arguments en faveur du changement.

Nous avons vu les concepts théoriques de l'entretien motivationnel qui différencient cette technique des autres approches psychothérapeutiques. Nous allons maintenant proposer une courte revue de la littérature sur les domaines d'action thérapeutique dans lesquels l'entretien motivationnel a démontré son efficacité.

Efficacité de l'entretien motivationnel : courte revue de la littérature

Cette revue extrêmement courte de la littérature ne s'attache pas à détailler les méthodologies et les spécificités de chaque étude, mais à présenter rapidement les grands domaines de recherche dans lesquels a été validée l'efficacité de l'entretien motivationnel : l'utilisation du préservatif et l'observance médicamenteuse chez les patients atteints du VIH [8, 17, 22, 24, 25] ; l'alcoolisme [1, 9, 20, 21, 31]. La théorie de l'entretien motivationnel a été initialement développée dans le domaine de l'addiction à l'alcool [32]. Des observations d'interventions ont montré qu'une intervention courte (deux séances) basée sur le conseil avait plus d'effet qu'une absence d'intervention [32]. De la même façon, la plus grande part de la baisse de la consommation d'alcool semble survenir dans les deux premières semaines de thérapie [32] ; le tabagisme [5, 12, 16, 30] ; l'abus de substances [6, 11, 23, 26, 27] ; les règles hygiéno-diététiques dans la prévention des maladies cardio-vasculaires [2, 14, 15, 34].

Comparativement à ces domaines de recherche (dont nous n'avons pas fait la liste exhaustive des études référencées, par nécessité éditoriale), peu d'études concernent des maladies psychiatriques de l'axe I proprement dites : la schizophrénie et les psychoses [3, 4, 13, 18, 29], l'anorexie mentale [33], le trouble obsessionnel compulsif [21, 28], le trouble anxieux généralisé [35].

Limites et perspectives de recherche. Nous avons volontairement limité nos références aux études les plus récentes en tentant de proposer un panel représentatif des domaines de recherche sur l'entretien motivationnel. À notre connaissance, aucune étude ne porte sur l'entretien motivationnel dans les troubles de l'humeur, la boulimie, les troubles de personnalité, le risque suicidaire. Les techniques de l'entretien motivationnel semblent aspécifiques et pourraient être efficaces dans ces domaines.

Conclusion

L'entretien motivationnel présente une technique originale d'entretien psychiatrique, complémentaire des autres approches. Il ne s'agit pas de faire naître une motivation chez un patient qu'il n'aurait pas a priori, mais d'interroger le patient sur ses valeurs en fonction de son comportement problématique et de son stade vis-à-vis du changement. Cette technique semblerait pouvoir grandement améliorer l'observance médicamenteuse et l'alliance thérapeutique chez les patients traités en psychiatrie, mais ce domaine semble encore réservé en grande partie à l'addictologie et mériterait des études et des développements supplémentaires dans la pratique psychiatrique quotidienne.

Références bibliographiques

1. Adamson S.J. & Sellman J.D. (2008). Five-year outcomes of alcohol-dependent persons treated with motivational enhancement. *J Stud Alcohol Drugs*, 69 (4), 589-593 @.
2. Armstrong M.J., Mottershead T.A., Ronsley P.E., Sigal R.J., Campbell T.S. & Hemmelgarn B.R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev*, 12 (9), 709-723 @.
3. Barrowclough C., Haddock G., Tarrrier N., Lewis S.W., Moring J., O'Brien R., McGovern J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry*, 158 (10), 1706-1713 @.
4. Barrowclough C., Haddock G., Wykes T., Beardmore R., Conrod P., Craig T., Tarrrier N. (2010). Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. *BMJ*, 341, c6325 @.
5. Bredie S.J., Fouwels A.J., Wollersheim H. & Schippers G.M. (2011). Effectiveness of Nurse Based Motivational Interviewing for smoking cessation in high risk cardiovascular outpatients: a randomized trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 10 (3), 174-179 @.
6. Cai Y.Q., Chen S.R., Han H.D., Sood A.K., Lopez-Berestein G. & Pan H.L. (2009). Role of M2, M3, and M4 muscarinic receptor subtypes in the spinal cholinergic control of nociception revealed using siRNA in rats. *J Neurochem*, 111 (4), 1000-1010 @.
7. Carroll K.M., Martino S., Ball S.A., Nich C., Frankforter T., Anez L.M., Farentinos C. (2009). A multisite randomized effectiveness trial of motivatio-

- nal enhancement therapy for Spanish-speaking substance users. *J Consult Clin Psychol*, 77 (5), 993-999 @.
8. Chen X., Murphy D.A., Naar-King S. & Parsons J.T. (2011). A clinic-based motivational intervention improves condom use among subgroups of youth living with HIV. *J Adolesc Health*, 49 (2), 193-198 @.
 9. Cornelius J.R., Douaihy A., Bukstein O.G., Daley D.C., Wood S.D., Kelly T.M., & Salloum I.M. (2011). Evaluation of cognitive behavioral therapy/motivational enhancement therapy (CBT/MET) in a treatment trial of comorbid MDD/AUD adolescents. *Addict Behav*, 36 (8), 843-848 @.
 10. Cottraux J. (2011). *Psychothérapies comportementales et cognitives*, Masson, Paris, 2004.
 11. Crits-Christoph P., Gallop R., Temes C.M., Woody G., Ball S.A., Martino S. & Carroll K.M. (2009). The alliance in motivational enhancement therapy and counseling as usual for substance use problems. *J Consult Clin Psychol*, 77 (6), 1125-1135 @.
 12. Davis M.F., Shapiro D., Windsor R., Whalen P., Rhode R., Miller H.S. & Sechrest L. (2011). Motivational interviewing versus prescriptive advice for smokers who are not ready to quit. *Patient Educ Couns*, 83 (1), 129-133 @.
 13. Graeber D.A., Moyers T.B., Griffith G., Guajardo E. & Tonigan S. (2003). A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Ment Health J*, 39 (3), 189-202 @.
 14. Greaves C.J., Middlebrooke A., O'Loughlin L., Holland S., Piper J., Steele A., Daly M. (2008). Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*, 58 (553), 535-540 @.
 15. Groeneveld I.F., Proper K.I., van der Beek A.J. & van Mechelen W. (2010). Sustained body weight reduction by an individual-based lifestyle intervention for workers in the construction industry at risk for cardiovascular disease: results of a randomized controlled trial. *Prev Med*, 51 (3-4), 240-246 @.
 16. Hettema J.E. & Hendricks P.S. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*, 78 (6), 868-884 @.
 17. Holstad M.M., DiIorio C., Kelley M.E., Resnicow K. & Sharma S. (2011). Group motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications and risk reduction behaviors in HIV infected women. *AIDS Behav*, 15 (5), 885-896 @.
 18. Kavanagh D.J., Young R., White A., Saunders J.B., Wallis J., Shockley N., Clair A. (2004). A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug Alcohol Rev*, 23 (2), 151-155.
 19. Magill M., Apodaca T.R., Barnett N.P. & Monti P.M. (2010). The route to change: within-session predictors of change plan completion in a motivational interview. *J Subst Abuse Treat*, 38 (3), 299-305 @.
 20. Magill M., Mastroleo N.R., Apodaca T.R., Barnett N.P., Colby S.M. & Monti P.M. (2010). Motivational interviewing with significant other participation: assessing

- therapeutic alliance and patient satisfaction and engagement. *J Subst Abuse Treat*, 39 (4), 391-398 @.
21. Meyer E., Souza F., Heldt E., Knapp P., Cordioli A., Shavitt R.G. & Leukefeld C. (2010). A randomized clinical trial to examine enhancing cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder with motivational interviewing and thought mapping. *Behav Cogn Psychother*, 38 (3), 319-336 @.
 22. Naar-King S., Outlaw A., Green-Jones M., Wright, K. & Parsons J.T. (2009). Motivational interviewing by peer outreach workers : a pilot randomized clinical trial to retain adolescents and young adults in HIV care. *AIDS Care*, 21 (7), 868-873 @.
 23. Ondersma S.J., Winhusen T., Erickson S.J., Stine S.M. & Wang Y. (2009). Motivation Enhancement Therapy with pregnant substance-abusing women : does baseline motivation moderate efficacy? *Drug Alcohol Depend*, 101 (1-2), 74-79 @.
 24. Parsons J.T., Golub S.A., Rosof E. & Holder C. (2007). Motivational interviewing and cognitive-behavioral intervention to improve HIV medication adherence among hazardous drinkers : a randomized controlled trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 46 (4), 443-450 @.
 25. Picciano J.F., Roffman R.A., Kalichman S C. & Walker D.D. (2007). Lowering obstacles to HIV prevention services : effects of a brief, telephone-based intervention using motivational enhancement therapy. *Ann Behav Med*, 34 (2), 177-187 @.
 26. Rapp R.C., Otto A.L., Lane D.T., Redko C., McGatha S. & Carlson R.G. (2008). Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing. *Drug Alcohol Depend*, 94 (1-3), 172-182 @.
 27. Santa Ana E.J., Wulfert E. & Nietert P.J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *J Consult Clin Psychol*, 75 (5), 816-822 @.
 28. Simpson H.B., Zuckoff A.M., Maher M.J., Page J.R., Franklin M.E., Foa E.B., Wang Y. (2010). Challenges using motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 48 (10), 941-948 @.
 29. Steinberg M.L., Ziedonis D.M., Krejci J.A. & Brandon T.H. (2004). Motivational interviewing with personalized feedback : a brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *J Consult Clin Psychol*, 72 (4), 723-728 @.
 30. Thyrian J.R., Freyer-Adam J., Hannover W., Roske K., Mentzel F., Kufeld C., Hapke U. (2010). Population-based smoking cessation in women post partum : adherence to motivational interviewing in relation to client characteristics and behavioural outcomes. *Midwifery*, 26 (2), 202-210.
 31. Vasilaki E.I., Hosier S.G. & Cox W.M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking : a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol*, 41 (3), 328-335 @.
 32. Miller W.R., Rollnick S. (2006). *L'Entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*, InterEditions, Paris.

33. Wade T.D., Frayne A., Edwards S.A., Robertson T. & Gilchrist P. (2009). Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment. *Aust N Z J Psychiatry*, 43 (3), 235-243 @.
34. West D.S., DiLillo V., Bursac Z., Gore S.A. & Greene P.G. (2007). Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 30 (5), 1081-1087 @.
35. Westra H.A., Arkowitz H., & Dozois D.J. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder : a preliminary randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*, 23 (8), 1106-1117 @.

AVERTISSEMENT. Le contenu de cette publication électronique relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur. Les textes et illustrations figurant dans cette publication électronique peuvent être consultés et reproduits sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage personnel, scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document selon ce modèle :

G. Fond et al., « Appliquer quelques concepts simples de l'entretien motivationnel dans la pratique psychiatrique au quotidien », *PSN. Psychiatre, Sciences humaines, Neurosciences [en ligne]*. Nouvelle série vol. 10, n° 1, octobre 2012, Paris, Éditions Matériologiques, p. 51-62. Mis en ligne en octobre 2012. URL : www.materiologiques.com

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

Exemplaire Comité de rédaction

© Éditions Matériologiques, 2012. Tous droits réservés. Reproduction et diffusion interdites sans l'autorisation de l'éditeur.