

MISE AU POINT

Dr Dorothee Lécallier*, Dr Philippe Michaud**

* Praticien hospitalier, Unité d'alcoologie de l'hôpital de Saint-Cloud. Correspondance : AFDEM, 154, rue Legendre, F-75017 Paris

** Responsable du CCAA Magellan, Gennevilliers, France

Reçu décembre 2003, accepté mars 2004

L'entretien motivationnel

Une évolution radicale de la relation thérapeutique

Résumé

L'entretien motivationnel (EM) est une méthode de communication centrée sur le patient, peu développée jusqu'à présent en France. Son intérêt est maintenant bien démontré dans toutes les situations thérapeutiques où ambivalence et motivation sont au centre d'un processus de changement. Les addictions et l'éducation thérapeutique sont particulièrement concernées ici. À la philosophie et aux principes de l'EM répondent une série de techniques bien précises pour aider à l'exploration et à la résolution de l'ambivalence face au changement, considérée comme normale dans l'approche motivationnelle. Cet article, après avoir défini les principes et les stratégies, décrit quelques-unes des techniques principales et cherche à positionner clairement l'EM par rapport aux autres approches thérapeutiques s'intéressant aux changements de comportement. Enfin, il précise les modes d'intégration de l'EM dans une stratégie thérapeutique. La souplesse d'utilisation de l'EM en association avec d'autres modalités thérapeutiques, l'évolution radicale de la relation patient-soignant qu'il sous-entend et l'adaptabilité des formations aux attentes des intervenants des différents champs sanitaires et sociaux qu'il peut concerner lui donnent tout son intérêt.

Mots-clés

Entretien motivationnel – Motivation – Ambivalence – Changement – Addictions – Relation thérapeutique – Éducation thérapeutique – Interventions brèves.

La diffusion de l'entretien motivationnel (EM) dans les pays anglo-saxons date de sa description en 1991 par William Miller et Stephen Rollnick (1). Cette méthode s'est largement développée dans cette aire culturelle et linguistique, d'abord dans le champ des comportements addictifs puis dans celui, plus large, de l'éducation thérapeutique. Dans la communauté soignante francophone, l'EM a fait souche au Québec, puis en Suisse et en Belgique. En revanche, en France, il reste peu connu et surtout

Summary

The motivational interview. A radical change in the therapeutic relationship

The motivational interview (MI) is a method of communication centered on the patient, that has only been slightly developed in France up until now. It has now been clearly demonstrated to be useful in all therapeutic situations in which ambivalence and motivation are at the centre of the process of change. Addictions and therapeutic education are particularly concerned by this approach. The philosophy and principles of MI correspond to a series of well defined techniques to facilitate exploration and resolution of ambivalence in relation to change, which is considered to be normal in the motivational approach. After defining the principles and strategies of MI, this article describes some of the main techniques and tries to clearly define the role of MI in relation to other therapeutic approaches dealing with a change of behaviour. It also defines the modes of integration of MI into a more global therapeutic strategy. The strong points of MI are its flexibility in combination with other therapeutic modalities, the radical change in the patient-therapist relationship that it implies and the adaptability of formations to the expectations of professionals in various social and healthcare fields.

Key words

Motivational interview – Motivation – Ambivalence – Change – Addictions – Therapeutic relationship – Therapeutic education – Brief interventions.

facilement confondu avec d'autres approches plus usitées, telles que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et les interventions brèves (IB). La traduction française de la deuxième édition du manuel de référence (2) est en cours.

L'intérêt pour la motivation du patient n'est pas l'apanage de l'EM. La banalisation du terme, son utilisation commode dans des descriptions de techniques ou de stratégies imprécisément définies

nies, dites d'“inspiration” ou de “style” motivationnels, ou “visant à l'augmentation de la motivation”, rendent la lecture de certaines publications francophones particulièrement déroutante. Cette confusion risque surtout de faire perdre de vue que, si les techniques principales de l'EM ne lui sont pas nécessairement spécifiques, ses objectifs et ses stratégies répondent à des critères précis. Sur le plan clinique, il s'avère que le respect de ces critères nécessite, pour des praticiens habitués à des modes classiques d'entretien (sur le modèle médical de l'expert), une révolution de leur style relationnel. Cet article cherche donc à lever les confusions entre les différentes approches et à identifier clairement l'EM pour ce qu'il est, une philosophie et une évolution radicale du style relationnel entre patient et soignant, et non l'utilisation de techniques appelées à la rescousse pour faciliter la tâche de l'intervenant et faire naître ou augmenter une motivation chez un patient qui en serait dépourvu.

Fondements théoriques et définition

Sur le plan théorique, les auteurs, Miller et Rollnick, tous deux psychologues, revendiquent clairement leur filiation avec Rogers (3) et ses méthodes d'entretien centrées sur le client, ainsi que l'influence de concepts déjà existants comme le modèle trans-théorique du changement de Prochaska et DiClemente (4), la théorie de l'auto-perception de Bem (5), la balance décisionnelle de Janis et Mann (6), la théorie de la réactance psychologique de Brehm (7) et les recherches de Rokeach sur les valeurs propres (8). Les auteurs définissent l'EM comme une “*méthode de communication directive centrée sur le client visant à l'augmentation de la motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de l'ambivalence*” (2). Une lecture attentive de cette définition permet d'aborder au mieux l'esprit de l'EM et de préciser ses spécificités par rapport aux principales approches thérapeutiques pouvant lui être comparées. En premier lieu, Miller et Rollnick insistent pour présenter l'EM comme une “manière d'être” avec les patients et non comme un assortiment varié de techniques à utiliser pour amener les gens à faire ce qu'ils ne veulent pas faire (9). Si l'EM se veut non directif dans l'exploration des valeurs fondamentales du patient et dans l'exploration sans jugement de son ambivalence, il se distingue néanmoins d'une approche rogérianne en ce qu'il dirige réellement le patient dans son processus de changement par la sélectivité de l'écoute réflexive et l'utilisation des discordances dans le discours.

Concernant la motivation, Miller et Rollnick suggèrent de la comprendre comme un processus interpersonnel et non comme un état d'esprit. L'objectif du thérapeute est de faire émerger la motivation intrinsèque du patient en l'aidant à l'identifier et à la nommer avec ses termes propres en lien avec ses buts et ses valeurs personnels. L'importance du changement pour le patient, la confiance qu'il s'accorde dans sa réalisation et sa disposition à l'entreprendre sont les composantes de la motivation. Les stratégies émanent du patient et la manière de les mettre en œuvre est de sa responsabilité. Cette conception et ce traitement de la moti-

vation se distinguent nettement de celles de l'approche cognitivo-comportementale qui prend pour acquis que le patient est motivé : ses stratégies ne visent donc pas à augmenter cette motivation mais à identifier et à modifier des comportements dits “mal adaptés” en enseignant des comportements d'adaptation par des mises en situation, de l'entraînement, du *feed-back*, de la résolution de problèmes.

Dans les approches thérapeutiques traditionnelles, notamment dans le domaine de la dépendance, l'ambivalence est souvent identifiée par les soignants comme du déni ou de la mauvaise volonté. L'EM la reconnaît comme un état psychique normal et adapté face à une situation de choix difficile mais pouvant immobiliser le sujet dans un conflit intrapsychique particulièrement compliqué à résoudre. Le rôle du thérapeute est d'aider le patient à explorer la complexité de son ambivalence en l'autorisant à l'exprimer librement.

Pour compléter cette définition, il est utile d'introduire ici la notion de “réflexe correcteur” proposée récemment par Miller et Rollnick (2). Ce phénomène explique l'attitude fréquente des intervenants dans une relation d'aide qui, pressés de corriger une situation jugée problématique, tentent de la redresser “pour le bien” du patient. En lien avec le concept de réactance de Brehm (7) (l'attrait du comportement dommageable augmente lorsque la liberté d'agir et l'autonomie sont menacées), le réflexe correcteur permet d'expliquer la survenue d'une dissonance dans la relation thérapeutique, se traduisant cliniquement par la résistance du patient. Comme nous l'avons décrit plus haut à propos de l'ambivalence, la résistance est considérée, dans cette optique, non comme un signe de mauvaise volonté ou une caractéristique propre et donc prévisible de la psychopathologie du patient, mais comme l'indicateur d'une interaction non appropriée entre soignant et patient – et, très certainement, comme un défi thérapeutique à relever.

L'EM, on le comprend, vise d'abord à aider un patient à identifier ses motivations propres au changement et à prendre une décision lorsqu'il est confronté à un comportement problématique.

Les principes généraux

Depuis leur description originelle par Miller en 1983 (10), puis dans la première édition de l'ouvrage de référence en 1991, les principes généraux sous-tendant l'entretien motivationnel ont été affinés.

Faire preuve d'empathie

La communication empathique contrôlée, dans l'esprit de Rogers, est une caractéristique fondamentale du style employé du début à la fin des séances. Il s'agit d'une écoute respectant le discours

de la personne avec le désir de comprendre ce qu'elle a en tête. Cette attitude nécessite l'acceptation par le thérapeute du sujet comme il se présente, avec son ambivalence, ses hésitations, ses points de vue, mais n'interdit néanmoins pas l'expression d'un désaccord. Ce mode d'écoute prédispose le patient au dévoilement de soi, de ses craintes, aspirations et valeurs personnelles, constituant ainsi un riche matériel de travail partagé entre soignant et soigné.

Développer les divergences

Si le classique entretien non directif centré sur la personne, totalement guidé par le patient, reste légitime pour des objectifs plus généraux, comme aider les patients à faire des choix de vie difficiles, l'EM s'en éloigne délibérément en se voulant intentionnellement directif dans des situations problématiques où le changement de comportement considéré est vécu comme souhaitable. Il s'agit donc là de créer dans la façon de voir du patient une divergence entre son comportement actuel et ses valeurs de référence ou ses objectifs personnels, afin d'augmenter de façon sensible sa perception des inconvénients du *statu quo* (11).

Rouler avec la résistance

Si l'on comprend que la résistance du patient est un indicateur de dissonance dans la relation thérapeutique, tout plaidoyer en faveur du changement n'aura aucune chance de vaincre la force de contre-argumentation d'un sujet ambivalent. Le sentiment d'être dans une position persuasive, d'opposition, voire de lutte est un signal fort qui doit conduire le thérapeute à changer d'attitude, à *rouler avec la résistance* (encadré 1) en utilisant pour avancer l'énergie qu'elle contient. Il s'agit plutôt d'inviter le patient à prendre en considération de nouveaux points de vue et de l'amener à devenir l'acteur dans la résolution de ses problèmes.

Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle

Le crédit que s'accorde le patient quant à ses possibilités de mettre en œuvre et de réussir le changement est un facteur pré-

dictif positif de la survenue de ce changement (12). Un des objectifs généraux de l'EM est donc d'augmenter la confiance du patient dans ses capacités à surmonter les obstacles. Par ailleurs les croyances du consultant sur le caractère probable ou non d'un changement chez le patient ont elles aussi un effet majeur sur le résultat (13).

Ces quatre grands principes résumant l'esprit général et la philosophie de l'EM. Notons d'ores et déjà que l'empathie et le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle sont les deux derniers des six critères de bonne pratique des interventions brèves, regroupés sous l'acronyme FRAMES (14).

L'approche motivationnelle s'organise en deux phases. Durant la première, le thérapeute, face à la situation difficile présentée par le patient, l'aide à bâtir sa motivation au changement. La seconde phase vise à consolider la décision et à mettre en œuvre le changement. L'une des compétences du thérapeute est d'identifier le moment favorable pour engager la phase 2, lorsque la *disposition au changement* (encadré 1) est manifeste chez le patient.

Les stratégies

Les principales stratégies utilisées dans l'entretien illustrent l'esprit et les principes de l'EM. La formation traditionnelle des soignants en France les conduit à s'engager très naturellement dans des pièges relationnels : position d'expert légitimée par la fonction, recueil exhaustif d'informations sous forme de questions-réponses ("interrogatoire" médical), nécessité de poser un diagnostic, abord du patient focalisé sur le motif de consultation, partie émergée de l'iceberg, enfin relation "confrontante" avec des patients souvent vécus et présentés comme opposants.

L'un des objectifs de la première phase est de faire émerger ce qu'il est convenu de nommer le *discours-changement* (encadré 1). Plus le patient exprime de discours-changement, plus le vocabulaire utilisé explicite l'engagement, et plus il est probable, en termes statistiques, que s'amorce effectivement le changement (15). Il est important d'identifier les subtiles variations du discours traduisant le niveau d'engagement du patient. L'acronyme OUVÉR, pour l'anglais OARS, résume les quatre techniques phares utilisées dans l'EM (encadré 2).

À ces stratégies de base permettant de mener l'entretien dans un esprit directif mais respectueux du libre-arbitre s'ajoutent d'autres méthodes plus complexes utilisables pour susciter le discours-changement, qui ne peuvent être détaillées ici. L'encadré 3 montre des exemples de questions ouvertes permettant au patient d'élaborer en faveur du changement.

Après avoir identifié le moment propice, le stade dit d'action dans le modèle de Prochaska et DiClemente (4), il s'agit de renforcer l'engagement et d'établir en collaboration un plan de change-

Encadré 1

Les expressions en italique *disposition au changement* (*readiness to change*) et *discours-changement* (*change talk*) sont des néologismes. De même des termes comme *rouler avec la résistance* (*roll with resistance*) et *reflet* (*reflection*) sont des adaptations de l'anglais. La traduction en français de l'ouvrage de Miller et Rollnick (2) a soulevé une discussion linguistique autour de ce type de termes spécifiques à l'EM. Un groupe de travail a été constitué au sein de l'AFDEM (Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel) afin d'adopter des choix consensuels fidèles à l'esprit d'origine de l'EM et permettant une lecture et une compréhension aisées par les divers publics francophones.

Encadré 2. – Stratégies de l'entretien motivationnel : *OUVER***Poser des questions *OUVERTES***

Elles s'opposent aux traditionnelles questions fermées utilisées dans le recueil d'information et font émerger les préoccupations du patient. Si le soignant a besoin de données factuelles à fins informative ou épidémiologique, il peut utiliser un questionnaire préalablement rempli en salle d'attente (11). Celui-ci peut être restitué de façon personnalisée lors d'une prochaine consultation. De façon générale il est conseillé de ne pas poser plus de trois questions, même ouvertes, successivement (2).

Valoriser

Le thérapeute ponctue l'entretien par des phrases valorisant la démarche. Il renforce ainsi le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi du patient. L'ambivalence elle-même peut être intégrée dans la valorisation, lorsque le thérapeute reconnaît la responsabilité et la liberté de choix. Cela contribue à abaisser la résistance et à faire émerger le discours-changement.

Pratiquer l'*Écoute réflexive*

Elle n'est certes pas spécifique de l'EM mais caractérise vraiment son style. Ne se différenciant d'une question que par une inflexion de la voix, le reflet (encadré 1) est une affirmation qui renvoie de façon dirigée son propre discours au patient. L'écoute réflexive se pratique avec un jeu de nuances qualitatives (répétition, reformulation, paraphrase, reflet des sentiments) et quantitatives (reflet simple, amplifié, sous-évalué, double reflet). Elle permet de "laisser la main" au patient en ce qui concerne le contenu du discours tout en l'orientant dans le développement ou l'explicitation de son ambivalence, sa motivation, son discours-changement.

Résumer

De courtes et fréquentes récapitulations ponctuant l'entretien (toutes les trois questions et/ou reflets) permettent de travailler les deux versants de l'ambivalence, de sélectionner les éléments motivationnels et de les faire réentendre au patient. Elles autorisent enfin celui-ci à corriger ou à développer le tableau. Un résumé de l'ensemble de ce qui a été dit termine l'entretien.

La durée de la première phase dépend bien sûr de l'étape de changement à laquelle se situe le patient, une proposition prématurée de plan d'action et d'engagement dans la phase 2 risquant de susciter de la résistance.

ment. L'importance du changement pour le patient et la confiance qu'il a développée dans ses capacités le rendent prêt à l'action proprement dite. Au cours de cette phase, les stratégies décrites ci-dessus sont toujours de mise et peuvent être accompagnées de la délivrance d'avis et d'informations, toujours dans l'esprit propre à l'EM considérant la relation thérapeutique comme une "rencontre entre deux experts".

EM et stratégie thérapeutique

Trois modalités cliniques d'utilisation de l'EM peuvent être envisagées (2). La première est celle de la méthode d'appoint permettant d'augmenter la motivation et de favoriser l'adhésion aux traitements ultérieurs. Il s'agit donc de débiter la prise en charge sur un mode motivationnel, quelle que soit la méthode thérapeutique finalement adoptée dans un second temps. Même si celle-ci se déroule dans un style directif voire confrontant, l'adhésion du patient est meilleure après ce travail préparatoire (16).

Encadré 3. – Exemples de questions ouvertes pour susciter le discours-changement***1. Inconvénients du *statu quo***

- Qu'est-ce qui vous inquiète dans votre situation actuelle ?
- Qu'est-ce qui fait que vous vous préoccupez de votre tension artérielle ?
- Quelles difficultés avez-vous eues en rapport avec votre consommation de drogue ?
- Qu'est-ce qui, dans votre façon de boire, vous inquiète, vous ou votre entourage ?

2. Avantages du changement

- Comment aimeriez-vous voir évoluer les choses ?
- Quelles pourraient être pour vous les bonnes raisons de perdre du poids ?
- À quoi voudriez-vous que votre vie ressemble dans cinq ans ?
- Et si par magie les choses changeaient dans l'instant, qu'est-ce qui s'améliorerait ?

3. Optimisme à l'égard du changement

- Si vous décidiez ce changement, qu'est-ce qui vous fait penser que vous y arriveriez ?
- Qu'est-ce qui vous encourage à penser que, si vous le souhaitez, vous pouvez changer ?
- Qu'est-ce qui marcherait, d'après vous, pour vous aider à changer ?
- Dans quelle mesure vous faites-vous confiance pour mener à bien ce changement ?

4. Intention de changer

- Qu'est-ce que vous pensez de votre consommation d'alcool en ce moment ?
- Qu'est-ce que vous aimeriez essayer de faire ?
- Que pensez-vous pouvoir faire ?
- Qu'avez-vous l'intention d'entreprendre maintenant ?

* D'après Miller et Rollnick (2);
traduction et adaptation de Lécollier et Michaud.

Une autre possibilité est de garder le style motivationnel comme trame de fond et de mener un programme thérapeutique spécifique avec retour à l'approche motivationnelle lorsque surgissent au premier plan des problèmes de motivation. Enfin, l'EM peut être choisi comme mode exclusif de communication tout au long de la prise en charge.

Pour répondre à des demandes d'application dans des cadres cliniques particuliers relevant souvent de l'éducation thérapeutique (régimes, suivis de traitement, exercice physique...), l'EM a été adapté pour pouvoir être conduit au cours de consultations brèves (17). L'EM peut ainsi être parfois considéré comme une forme d'intervention brève, lorsqu'il répond aux propositions de définition de celle-ci, critères de durée, de reproductibilité et de bonne pratique.

Depuis la parution en 1991 de la première édition du manuel de référence de l'EM par Miller et Rollnick, ont eu lieu d'assez nombreuses études d'évaluation de son efficacité, dont la caractéristique essentielle est qu'elles portent toutes sur des "adaptations de l'entretien motivationnel" (AEM) et non sur sa forme pure. L'adaptation consiste en l'utilisation du *feed-back* d'un questionnaire standardisé type DCU (*Drinker's check-up*) (11) dans un

“style motivationnel”, éventuellement suivi d'une ou plusieurs consultations fidèles aux principes et aux méthodes de l'EM. La revue systématique la plus récente (18) analyse 29 études randomisées répondant aux critères définissant ces AEM et réalisées dans quatre champs particuliers impliquant un changement : le mésusage de produits psycho-actifs, la consommation de tabac, la réduction des risques pour le VIH, et le suivi des mesures hygiéno-diététiques. Les lieux de réalisation de ces études, les populations considérées et le degré de sévérité des problèmes étaient extrêmement variables. Les effets les plus manifestes des AEM ont été observés dans la prise en charge des problèmes d'alcool et chez les toxicomanes comme préalable à leur entrée dans un programme de substitution. Les domaines du traitement de l'hypertension artérielle, des troubles du comportement alimentaire et du diabète étaient eux aussi positivement influencés dans certaines des études. Par ailleurs, les effets des AEM ne diminuaient pas avec le temps et elles semblaient aussi efficaces en prélude à une autre prise en charge qu'utilisées seules.

L'étude comparative la plus puissante, le projet MATCH (19), montre que ces AEM sont plus efficaces qu'une absence de traitement sans être significativement plus efficaces que d'autres approches thérapeutiques. Il est néanmoins intéressant de noter que de courtes interventions (quatre séances) de style EM donnent des effets comparables à des interventions plus longues comme la TCC ou le programme en 12 étapes. Enfin, plus les patients se présentent avec de la résistance et de la colère, plus les AEM se sont montrées efficaces comparativement aux autres approches.

Si l'EM peut dans ces conditions, comme on l'a vu plus haut, être considéré comme faisant partie du domaine des IB, la question reste ouverte de son efficacité dans des modalités d'intervention plus longues. Restent donc à comprendre les mécanismes sous-tendant l'efficacité de l'EM et permettant de mieux identifier comment et pour qui ça “marche”.

Discussion

Si des études rigoureuses sur l'efficacité de l'EM “pur” demandent à être réalisées afin d'affiner ses champs et ses modes d'application, il reste que ce style de prise en charge peu développé en France mérite un intérêt tout particulier. Sa souplesse d'utilisation en association avec d'autres modalités thérapeutiques, la diversité des champs sanitaires et sociaux dont les acteurs peuvent bénéficier d'une telle approche, la non-spécificité des références théoriques desquelles elle se réclame en font une méthode de communication appelée à se développer rapidement. Cependant, ces caractéristiques ne doivent pas faire oublier qu'il s'agit d'une méthode répondant à des critères de définition précis et faisant l'objet d'une réflexion et d'une recherche approfondies de la part des auteurs et des praticiens formés. La tentation peut être grande de ne retenir de cet important travail qu'une somme de

techniques adaptables à toute situation dans laquelle la motivation semble en jeu, et de nommer “entretien motivationnel” tout programme thérapeutique incluant une ou plusieurs de ces techniques.

L'EM demeure un style relationnel très particulier, bousculant à maints égards la relation thérapeutique classique, en particulier médicale. Ses limites restent à définir et, s'il semble convenir particulièrement aux patients résistants, il est encore difficile de dire pour qui il n'est pas indiqué. En revanche, il est raisonnable de penser que sa pratique peut être partagée par des intervenants sanitaires, sociaux et judiciaires dans leurs champs respectifs, dans la rigueur d'une formation de qualité respectueuse de l'esprit le sous-tendant. Les modalités pratiques de ces formations doivent être adaptées aux publics et à leurs objectifs. L'intérêt indiscutable des expériences françaises récentes des programmes de formation des médecins généralistes et des médecins du travail à l'IB (20), de même que les travaux anglo-saxons sur l'efficacité des sensibilisations courtes à l'EM chez des professionnels de santé (21), sont des arguments de poids pour la mise en route de formations répondant aux demandes diverses des acteurs de la santé, tout en maintenant vivante une réflexion éthique indispensable.

L'EM en s'intéressant aux changements individuels, aux facteurs susceptibles d'influencer une prise de décision, à la liberté de choix, suscite un questionnement légitime sur les limites de ses champs d'intervention. Divergences des valeurs ou des aspirations, investissement personnel de l'intervenant dans l'un des choix possibles rendent parfois complexes certaines situations dans lesquelles l'EM ne semble pas pouvoir être appliqué en accord avec sa philosophie.

Ces mises en garde éthiques posées, dont on peut imaginer qu'elles sont communes à tout mode de prise en charge psychothérapeutique, le développement de l'EM en France et dans le monde francophone semble être d'un intérêt majeur et bénéficiera sans aucun doute de l'échange d'expériences entre des équipes formées, désireuses de poursuivre la réflexion sur son évaluation et sur l'adaptabilité de ses outils. ■

D. Lécallier, P. Michaud
L'entretien motivationnel.
Une évolution radicale de la relation thérapeutique
Alcoologie et Addictologie 2004; 26 (2) : 129-134

Références bibliographiques

- 1 - Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York : Guilford Press, 1991.
- 2 - Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd edition. New York : Guilford Press, 2002.
- 3 - Rogers CR. Client-centered therapy. Boston : Houghton-Mifflin, 1951.
- 4 - Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982; 19 : 276-288.
- 5 - Bem DJ. Self-perception: an alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological review* 1967; 74 : 183-200.
- 6 - Janis IL, Mann L. Decision-making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York : Free Press, 1977.
- 7 - Brehm SS, Brehm JW. Psychological reactance: a theory of freedom and control. New York : Academic Press, 1981.
- 8 - Rokeach M. The nature of human values. New York : Free Press, 1973.
- 9 - Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1995; 23 (4) : 325-334.
- 10 - Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy* 1983; 11 : 147-172.
- 11 - Miller WR, Sovereign R, Krege B. Motivational interviewing with problem drinkers: II. The drinker's check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy* 1988; 16 : 251-268.
- 12 - Frank JD, Frank JB. Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy. 3rd edition. Baltimore : John Hopkins University Press, 1991.
- 13 - Jones RA. Self-fulfilling prophecies: social, psychological and physiological effects of expectancies. Hillsdale NJ : Erlbaum, 1977.
- 14 - Miller WR, Sanchez VC. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In : Howard G, editor. Issues in alcohol use and misuse by young adults (pp. 55-82). Notre Dame, IN : University of Notre Dame Press, 1994 : 55-82.
- 15 - Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, Palmer M, Itchoum-Fulcher L. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003; 71 (5) : 862-878.
- 16 - Brown JM, Miller WR. Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors* 1993; 7 : 211-218.
- 17 - Rollnick S, Heather N, Bell A. Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health* 1992; 1 : 25-37.
- 18 - 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.
- 19 - Project MATCH Research Group. Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction* 1997; 92 : 1671-1698.
- 20 - Michaud P, Abesdris J. Diffusion de la pratique de l'intervention brève : méthodes de formation et de mobilisation des acteurs de soins de premier recours. *Médecine et Hygiène* 2003; 61 : 1817-1822.
- 21 - Handmaker NS, Hester RK, Delaney HD. Videotaped training in alcohol counselling for obstetric care practitioners: a randomized controlled trial. *Obstetrical Gynecology* 1999; 93 : 213-218.