

Drogues, santé et société

Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives Three motivational models and the treatment of psychoactive substances addiction Tres modelos motivacionales para el tratamiento de la dependencia a las sustancias psicoactivas



Joël Tremblay, Ph. D. and Hélène Simoneau, Ph. D.

Volume 9, Number 1, juin 2010

Les nouvelles tendances de l'intervention en dépendance (Partie 2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/044872ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/044872ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (print)

1703-8847 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Tremblay, J. & Simoneau, H. (2010). Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives. *Drogues, santé et société*, 9(1), 165–210. <https://doi.org/10.7202/044872ar>

Article abstract

Three motivational theories / models and studies verifying their efficacy in the field of substance abuse among adults are synthesized. Among them, Motivational Interviewing is the most common in the field of substance abuse treatment, mostly because of its practical orientation toward best practices favouring transformation of ambivalence. Frequently used as a brief intervention, Motivational Interviewing is more efficient than no intervention but is equivalent to recognized treatments. Self-Determination Theory is a general motivational theory, describing motivation as intrinsic or extrinsic, the latest being subcategorized by its self-determination degree. A context promoting autonomy and competence encourage motivation internalisation. Few studies applying this theory to the substance abuse field show that concepts emerging from self-determination theory help to predict some behaviours manifested before, during and after treatment, thus facilitating a better understanding of the motivation's internalisation processes. Theory of Current Concerns stipulate goals quest as the key element underlying behaviour. Behaviour modification is essentially a goal modification. The goal choices are based on emotional benefits estimated from their anticipated realisation. Consequently, treatment (Systematic Motivational Counseling) is based on a systematic analysis of goals quests and their positive or negative interactions with substance use. Sparse studies give support to the treatment model. The three conceptual / clinical models are complementary. Motivational Interviewing proposes treatment strategies whereas Self-Determination Theory and Theory of Current Concerns offer global conceptual frameworks explaining the observed efficacy of Motivational Interviewing and proposing complementary clinical strategies. The three theories or models do not present oppositions and their integration in the substance abuse clinical practice would be worthwhile.

Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives

Joël Tremblay, Ph. D.

Professeur, Université du Québec à Trois-Rivières

Hélène Simoneau, Ph. D.

Chercheure, Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

Correspondance

Joël Tremblay

Centre universitaire de Québec

Complexe Bellevue

1605 Chemin Sainte-Foy

C.P. 14, Québec, QC

G1S 2P1

joel.tremblay@uqtr.ca

Résumé

Trois élaborations théoriques et cliniques portant sur la motivation au changement sont résumées, ainsi que les études d'efficacité de leurs applications à l'intervention en alcoolisme et toxicomanie auprès des adultes. L'entretien motivationnel est le plus répandu des trois dans le champ de l'intervention en dépendance en raison de sa centration sur les pratiques cliniques les plus efficaces pour favoriser la sortie de l'ambivalence. Souvent utilisé sous forme d'intervention brève, il est plus efficace que l'absence de traitement, mais est comparable aux autres modèles d'intervention reconnus. La théorie de l'autodétermination est une théorie générale de compréhension de la motivation, la caractérisant d'intrinsèque ou d'extrinsèque, cette dernière étant nuancée en fonction de son degré d'autodétermination. Elle postule qu'un contexte favorisant l'autonomie et l'augmentation du sentiment de compétence est plus favorable pour l'internalisation de la motivation au changement. Les rares études appliquées au champ de la toxicomanie permettent de constater que les concepts issus de la théorie de l'autodétermination prédisent certains comportements avant, pendant et après le traitement et facilitent la compréhension des processus favorisant l'internalisation de la motivation. La théorie des préoccupations actuelles postule que la quête de buts est l'élément clé permettant de comprendre le comportement. La modification de comportement est d'abord un changement de buts. Les buts sont choisis en fonction du bénéfice émotionnel anticipé lié à leur réalisation. Le traitement (counseling motivationnel systématique) passe donc par une analyse systématique des buts recherchés et de leurs interactions positives ou négatives avec la consommation de substances psychoactives. Quelques études appuient l'utilité du modèle d'intervention. Les trois élaborations théorico-cliniques sont complémentaires. L'entretien motivationnel propose des stratégies d'intervention alors que les théories de l'autodétermination et des préoccupations actuelles offrent des cadres conceptuels globaux expliquant l'efficacité observée de l'entretien motivationnel et mettent de l'avant des stratégies complémentaires d'intervention. Les trois théories/modèles ne présentent pas d'opposition et leur meilleure

intégration à la pratique clinique en alcoolisme et toxicomanie est certainement souhaitable.

Mots-clés : Entretien motivationnel, théorie de l'autodétermination, théorie des préoccupations actuelles, counseling motivationnel systématique, alcoolisme, toxicomanie, adultes

Three motivational models and the treatment of psychoactive substances addiction

Abstract

Three motivational theories / models and studies verifying their efficacy in the field of substance abuse among adults are synthesized. Among them, Motivational Interviewing is the most common in the field of substance abuse treatment, mostly because of its practical orientation toward best practices favouring transformation of ambivalence. Frequently used as a brief intervention, Motivational Interviewing is more efficient than no intervention but is equivalent to recognized treatments. Self-Determination Theory is a general motivational theory, describing motivation as intrinsic or extrinsic, the latest being subcategorized by its self-determination degree. A context promoting autonomy and competence encourage motivation internalisation. Few studies applying this theory to the substance abuse field show that concepts emerging from self-determination theory help to predict some behaviours manifested before, during and after treatment, thus facilitating a better understanding of the motivation's internalisation processes. Theory of Current Concerns stipulate goals quest as the key element underlying behaviour. Behaviour modification is essentially a goal modification. The goal choices are based on emotional benefits estimated from their anticipated realisation. Consequently, treatment (Systematic Motivational Counseling) is based on a systematic analysis of goals quests and their positive or negative interactions with substance use. Sparse studies give support to the treatment model. The three conceptual / clinical models are complementary. Motivational Interviewing proposes treatment strategies whereas Self-Determination Theory and Theory of Current Concerns offer global conceptual frameworks explaining the observed efficacy of Motivational Interviewing and proposing complementary clinical strategies. The three theories

or models do not present oppositions and their integration in the substance abuse clinical practice would be worthwhile.

Keywords: *Motivational interviewing, self-determination theory, systematic motivational counseling, alcoholism, substance dependence, adults*

Tres modelos motivacionales para el tratamiento de la dependencia a las sustancias psicoactivas

Resumen

Se resumen aquí tres análisis teóricos y clínicos sobre la motivación para el cambio, así como los estudios de eficacia de sus aplicaciones en la intervención con el alcoholismo y la toxicomanía en adultos. El mantenimiento motivacional es el más difundido de los tres en el campo de la intervención ante la dependencia, debido a que se centra en las prácticas clínicas más eficaces para favorecer la salida de la ambivalencia. Utilizado a menudo como forma de intervención breve, es más eficaz que la ausencia de tratamiento, pero es comparable a los otros modelos de intervención reconocidos. La teoría de la autodeterminación es una teoría general de comprensión de la motivación, a la que caracteriza como intrínseca o extrínseca, estando esta última matizada en función de su grado de autodeterminación. La teoría postula que un contexto que favorezca la autonomía y el aumento de un sentimiento de competencia es más favorable para la internalización de la motivación al cambio. Los raros estudios aplicados al campo de la toxicomanía permiten constatar que los conceptos surgidos de la teoría de la autodeterminación predicen ciertos comportamientos antes, durante y después del tratamiento y facilitan la comprensión de los procesos que favorecen la internalización de la motivación. La teoría de las preocupaciones actuales postula que la búsqueda de objetivos es el elemento clave que permite comprender el comportamiento. La modificación del comportamiento es, en primer lugar, un cambio de objetivos. Los objetivos se escogen en función del beneficio emocional anticipado relacionado con su realización. El tratamiento (asesoramiento motivacional sistemático) consiste entonces en un análisis sistemático de los objetivos buscados y de sus interacciones positivas o negativas con el consumo de sustancias psicoactivas. Algunos estudios apoyan la utilidad del modelo de intervención. Los tres

postulados teórico-clínicos son complementarios. El mantenimiento motivacional propone estrategias de intervención mientras que la teoría de la autodeterminación y la de las preocupaciones actuales ofrecen marcos conceptuales globales que explican la eficacia observada del mantenimiento motivacional y proponen estrategias complementarias de intervención. Las tres teorías o modelos no se oponen y es por cierto deseable una mejor integración de las mismas en la práctica clínica en alcoholismo y toxicomanía.

Palabras clave: *Mantenimiento motivacional, teoría de la autodeterminación, teoría de las preocupaciones actuales, asesoramiento motivacional sistemático, alcoholismo, toxicomanía, adultos*

Il y a plus de 25 ans, William R. Miller (1983) publiait un premier article où il présentait les bases de l'entretien motivationnel. S'appuyant sur la psychologie sociale expérimentale et les travaux menés par Carl Rogers (1951) concernant le rôle de l'empathie, il proposait d'utiliser la dissonance, suscitée par une rétroaction structurée à la suite d'une évaluation, en vue d'enclencher un changement comportemental au lieu de l'enlèvement classique du toxicomane dans le déni et le sentiment d'impuissance. Miller ne soupçonnait probablement pas l'importance que prendraient ses travaux dans le champ du traitement de l'abus et de la dépendance aux substances psychoactives (SPA). Depuis ce premier article, et surtout à la suite de la publication de son livre en collaboration avec Rollnick en 1991, plus de 130 études à distribution au hasard ont jaugé l'efficacité de l'entretien motivationnel auprès de diverses clientèles (alcoolisme, toxicomanie, tabagisme, etc.), et ce, sans compter près de 900 autres études et écrits concernant cette approche. Sur le plan clinique, on compte approximativement 500 formateurs accrédités à l'entretien motivationnel, répartis dans 28 pays différents dont plus de 200 à l'extérieur des États-Unis¹. Le nombre de thérapeutes utilisant cette approche ne peut être dénombré. L'entretien motivationnel bénéficie donc d'un appui empirique, suscite l'intérêt chez les cliniciens et est largement diffusé, tout particulièrement dans l'univers du traitement de la dépendance aux SPA. L'impact est majeur et incontournable, c'est pourquoi nous recensons d'abord ce modèle.

Cependant, Miller affirme lui-même que son modèle d'intervention ne propose aucune explication satisfaisante sur le pourquoi et le comment il fonctionne (Miller, 1999). En plus de décrire le modèle de l'entretien motivationnel, cet article tente de mieux comprendre les mécanismes d'efficacité de ces stratégies d'intervention à l'aide de théories de la motivation. Les théories sélectionnées doivent avoir été appliquées au champ

¹ Informations tirées du site Web www.motivationalinterviewing.org, le 28 juillet 2009.

du traitement de la dépendance aux substances psychoactives. Deux théories satisfont à ces critères. Tout d'abord, la théorie de l'autodétermination (Ryan et Deci, 2000) est retenue puisqu'elle a été appliquée entre autres au traitement de l'abus de substances psychoactives (Ryan et coll., 1995). Comme le propose Rollnick lui-même (coauteur de l'entretien motivationnel), la théorie de l'autodétermination en tant que théorie générale de la motivation offre des hypothèses intéressantes afin de mieux comprendre la dynamique de la motivation en cours de traitement ainsi que les processus psychologiques à l'œuvre dans l'entretien motivationnel (Foote et coll., 1999; Markland et coll., 2005²; Simoneau et Bergeron, 2003). La seconde théorie retenue est la théorie des préoccupations actuelles³. Cette dernière est aussi une théorie générale de la motivation (Klinger et Cox, 2004) et a présidé au développement du counseling motivationnel systématique utilisé pour le traitement de l'abus de substances (Cox et Klinger, 2004a; Cox et Klinger, 2004c). Resnicow et ses collègues (2004) soulignent que la théorie des préoccupations actuelles et le counseling motivationnel systématique apportent une conceptualisation différente et complémentaire de la motivation (en comparaison à l'entretien motivationnel) et, en ce sens, permettent l'enrichissement de la compréhension de ce concept. Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1984) n'a pas été recensé puisqu'il ne renseigne pas sur les facteurs qui permettent de passer d'un stade à un autre, étant plutôt taxonomique (Simoneau et Bergeron, 2003).

Chacun des trois modèles/théories sera revu dans ses assises conceptuelles et ses principes cliniques, suivi par une brève recension des études d'efficacité dans l'univers du traitement

² Il importe de souligner que parmi les collègues de Markland, nous retrouvons Richard Ryan, coauteur de la théorie de l'autodétermination, et Stephen Rollnick, coauteur de l'entretien motivationnel.

³ Traduction libre de *Theory of Current Concerns*.

de la dépendance aux SPA⁴. À la fin, un effort comparatif est fait afin d'estimer les similitudes, mais aussi les complémentarités des modèles/théories. Il faut cependant mentionner que l'entretien motivationnel sera qualifié de « modèle » au sens où les auteurs ne proposent pas une théorie de la motivation, mais plutôt un vaste ensemble d'attitudes et de principes d'intervention. Par contre, on peut qualifier de théories de la motivation les travaux des deux autres groupes d'auteurs. Ces théories ont par la suite débouché sur des modèles d'intervention. Un effort sera fait pour utiliser avec à-propos les termes « modèle » (réservé le plus souvent à l'ensemble des techniques d'intervention proposées par un groupe d'auteurs) et « théorie » (réservé pour l'élaboration explicative des mécanismes sous-jacents aux processus de changement), mais la marge est parfois mince entre les deux.

L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel a vu le jour en réaction aux techniques de confrontation autrefois répandues dans le traitement des toxicomanies. Afin de mieux comprendre ce qui pourrait aider les usagers à augmenter leur motivation au changement, Miller et ses collaborateurs ont effectué une recension des écrits sur les interventions brèves qui permettent d'atteindre cet objectif. L'analyse du contenu des interventions efficaces a révélé alors six points communs qui ont été regroupés sous l'acronyme « FRAMES » (*Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy*) (Miller, 1995a). À partir de ces

⁴ Le but du texte actuel n'est pas de faire une recension de littérature exhaustive concernant l'efficacité de chaque modèle. Cependant, pour chaque modèle ou théorie, la base de données PsycInfo a été utilisée à l'aide des mots-clés « Motivational Interviewing », « Self-Determination Theory », « Theory of Current Concerns » et « Systematic Motivational Counseling ». Les listes bibliographiques exhaustives des sites Web <http://www.motivationalinterviewing.org> et <http://www.psych.rochester.edu/SDT> ont été scrutées. Les bibliographies des articles et chapitres de livre les plus récents ont également été fouillées.

éléments, Miller et Rollnick ont créé un modèle d'intervention complexe, l'entretien motivationnel, lequel inclut des principes, des attitudes et des stratégies d'intervention (Miller et Rollnick, 2002; Miller et Rollnick, 2006; Miller et Rollnick, 1991). Les auteurs mentionnent qu'il y a peu d'éléments véritablement originaux dans leur approche, qu'ils ont plutôt travaillé en s'inspirant des travaux de Rogers sur l'approche centrée sur le client (Rogers, 1951), de ceux de Rokeach sur les valeurs (Rokeach, 1971; Rokeach, 1973), de la théorie de la perception de soi de Bem (Bem, 1967; Bem, 1972) et du modèle transthéorique du changement (Prochaska et DiClemente, 1984). On pourrait aussi ajouter aux sources d'inspiration, la théorie de l'apprentissage social de Bandura à cause de l'importance accordée au concept d'auto-efficacité (Bandura, 1977; Bandura, 2003).

Les auteurs considèrent que la motivation au changement est malléable et la relation thérapeutique est perçue comme une source importante d'influence de celle-ci. L'approche cible les clients qui sont peu disposés à changer ou qui sont ambivalents, afin de les préparer au changement (Miller et Rollnick, 1991).

La responsabilité de changer est laissée à l'individu. Les stratégies employées reposent davantage sur le soutien que sur l'argumentation. Les attitudes de l'intervenant vont jouer un grand rôle dans ces stratégies utilisées en vue de réduire l'ambivalence et guider le client vers le changement. En ce sens, l'approche est directive tout en étant centrée sur le client, comme l'illustrent les trois attitudes fondamentales proposées, soit l'acceptation, l'empathie et l'esprit de l'entretien motivationnel. La première attitude, soit l'acceptation, se définit comme une attitude inconditionnellement positive et de respect à l'égard du client, ce qui est à l'inverse de l'indifférence ou d'une attitude empreinte de critique. L'empathie est la compréhension ou l'effort pour comprendre la perspective du client, ses perceptions, ses sentiments (cela inclut l'écoute avec reflet/reformulation). L'intervenant empathique «suit» adéquatement les

réécits complexes, cherche activement à comprendre et reformule sa compréhension en mettant en évidence les constantes, les oppositions, les valeurs et sources de motivations. Finalement, la troisième attitude, l'esprit de l'entretien motivationnel, est composée de trois éléments, soit la collaboration, l'évocation et le soutien de l'autonomie. Par une attitude de *collaboration*, le thérapeute interagit dans un style de partenariat, évitant une position autoritaire ou d'expert, prenant le temps de négocier avec le client. L'*évocation* est la capacité à aider le client à exprimer lui-même les raisons du changement, adoptant un style curieux et patient et ne donnant pas son avis sans permission. Le thérapeute soutient également l'*autonomie* en mettant l'accent sur les choix du client. Entre autres, il accepte que le client puisse choisir de ne pas changer et met l'accent sur les variables de changement sous la responsabilité du client.

À ces trois attitudes fondamentales se joignent quatre principes, soit exprimer de l'empathie, faire ressortir les dissonances, rouler avec les résistances et rehausser les attentes d'auto-efficacité. L'élément le plus important de l'entretien motivationnel est l'expression d'empathie⁵. L'écoute empathique devrait être la réponse principale du thérapeute. Elle apporte divers avantages, dont le fait de susciter peu de résistance en communiquant respect et accueil, d'encourager l'usager à explorer ce qu'il vit et de permettre la construction d'une alliance thérapeutique.

Le second principe s'appuie sur l'observation que l'être humain préfère et se sent mieux lorsque son comportement est cohérent avec ses buts, ses croyances, ses valeurs. Il y a dissonance lorsque le comportement va à l'encontre des buts, des croyances ou des valeurs de la personne. Le rôle de l'intervenant consiste à aider le client à réaliser ses dissonances, ce qui augmente les probabilités de changement.

⁵ On observe une redondance entre l'empathie à titre d'attitude et de principe. Les auteurs ne semblent pas s'en formaliser et cela illustre probablement l'importance très élevée accordée à cet élément.

La résistance est une préoccupation légitime du clinicien, car elle prédit un manque d'engagement dans le processus thérapeutique et conduit à de piètres résultats de traitement (Miller et Rollnick, 2002). La résistance peut prendre plusieurs formes, par exemple, une personne peut argumenter, interrompre ou ignorer le thérapeute, nier ou minimiser ses problèmes. La résistance est fréquemment interprétée comme du déni ou un manque de motivation de la part de la personne. La façon de répondre à la résistance est une caractéristique clé de l'approche motivationnelle. Le thérapeute est entre autres invité à concevoir la résistance comme un signal que la personne voit la situation différemment de lui-même. Cette attitude permet au clinicien d'y répondre d'une façon nouvelle en roulant avec les résistances comme dans un judo psychologique (Miller et Rollnick, 2002; Miller, 1995b). Plusieurs stratégies sont utilisées telles que le reflet simple, amplifié ou à deux côtés, le changement léger de la cible de la conversation ou la prise de position du côté négatif de l'argumentation.

Le quatrième principe porte sur la nécessité de bien estimer et renforcer le sentiment d'être capable de changer (auto-efficacité). Même si quelqu'un désire changer, il peut être immobile tant qu'il n'estimera pas qu'il a les moyens pour effectuer le changement désiré. Le thérapeute aura recours aux expériences passées de succès, utilisera le recadrage cognitif ou d'autres techniques pour accroître les attentes d'auto-efficacité, construisant à partir des ressources du client.

Quelques exercices structurés sont également utilisés par les tenants de l'entretien motivationnel sans être fondamentaux à cette approche. À partir des scores à une évaluation structurée, on peut procéder à une rétroaction, il s'agit-là d'un des ajouts les plus fréquents à l'entretien motivationnel (Burke et coll., 2002; Hettema, Steele et Miller, 2005). Le *feedback* est utilisé afin d'aider la personne à mieux connaître sa consommation et les conséquences tant négatives que positives qui y

sont associées. Il vise à semer le doute et favorise la réflexion, voire la prise de décision éclairée. Il peut être fait à partir de tout test validé⁶. Par l'exercice concernant les valeurs, l'individu identifie les quelques valeurs les plus importantes pour lui en se questionnant par la suite sur le rôle de la consommation de SPA à titre d'adjuvant ou d'obstacle à la réalisation de celles-ci. Cette façon de faire suscite la dissonance cognitive en favorisant la prise de conscience des écarts entre les valeurs et les comportements de consommation. Finalement, l'exercice de la balance décisionnelle (Janis et Mann, 1977) permet à la personne d'explorer les avantages et les inconvénients de la consommation et du changement dans un contexte sécuritaire, sans jugement, dans le but d'aider à résoudre l'ambivalence.

Les études d'efficacité

Cette synthèse s'appuie sur des méta-analyses ou recensions d'écrits, mais aussi sur des études plus récentes non incluses dans ces synthèses. Ces recensions ou méta-analyses portent sur l'efficacité des traitements appliqués aux clientèles générales en traitement pour leur dépendance aux substances psychoactives (Burke et coll., 2003; Hetteima et coll., 2005; Rubak et coll., 2005), aux personnes toxicomanes ayant des troubles de santé mentale sévères (Cleary et coll., 2009; Cleary et coll., 2008) ou aux personnes toxicomanes étant aussi dans un processus judiciaire (McMurran, 2009).

Notons que l'entretien motivationnel est fréquemment utilisé dans des versions adaptées, comme introduction à un autre traitement en vue d'en favoriser l'adhésion, ou encore est intégré à un autre modèle de traitement, ou finalement est considéré à titre de traitement unique (Burke et coll., 2002; Hetteima et coll., 2005).

⁶ Les auteurs ont préparé un formulaire de *feedback* à partir du DÉBA-A/D, disponible pour les services de première ligne.

L'entretien motivationnel est plus efficace que l'absence de traitement ou qu'un placebo (Burke et coll., 2002; Hettema et coll., 2005). Burke et ses collègues notent que 51 % des individus traités versus 38 % des personnes non traitées (résultats amalgamés des études recensées) présentent des améliorations cliniquement significatives, ce qui est confirmé par Hettema et ses collègues (2005). Des données plus récentes révèlent des résultats similaires auprès de consommateurs fréquents de cocaïne (Stein et coll., 2009).

Une méta-analyse de 28 études avec distribution au hasard met en évidence que l'entretien motivationnel, utilisé par le médecin, est plus efficace pour réduire la consommation problématique d'alcool que le conseil traditionnel prodigué par les gens de cette profession (Rubak et coll., 2005).

L'entretien motivationnel ne semble toutefois pas être plus efficace que différents traitements reconnus. Sept études vérifiant cette hypothèse (Heather et coll., 1996; Miller et coll., 1993; Project MATCH Research Group, 1997; Project MATCH Research Group, 1998; Schneider et coll., 2000; Sellman et coll., 2001; Stephens et coll., 2000) ne démontrent aucune supériorité d'efficacité de l'entretien motivationnel en comparaison à un autre traitement (Burke et coll., 2003). Des résultats plus récents vont dans le même sens, ceux-ci ne confirment pas les hypothèses d'appariement selon lesquelles les usagers moins prêts à changer ou encore manifestant beaucoup de colère profiteraient plus de l'entretien motivationnel que d'un traitement comportemental cognitif (Heather et coll., 2008). Il faut également noter que les études menées dans la clinique du Dr Miller ont une taille d'effet généralement plus élevée que celles menées au sein d'autres équipes de recherche (Burke et coll., 2003). L'entretien motivationnel favoriserait aussi la réduction des comportements associés au risque de contracter le VIH, quoique les résultats varient grandement d'une étude à l'autre (Hettema et coll., 2005).

La question de la dose de traitement a également intéressé la communauté scientifique. En fait, l'entretien motivationnel a d'abord été développé comme un prélude visant à faire progresser la personne dans les stades de changement afin qu'elle puisse par la suite mieux bénéficier d'un traitement actif (Miller et Rollnick, 1991). Ainsi, le temps lui étant attribué a fréquemment été court, soit une moyenne de 100 minutes (Burke et coll., 2003). Il semble qu'une dose plus importante de traitement (p. ex., de 3 à 5 heures) soit plus bénéfique qu'une dose plus faible (p. ex., 1 heure) (Burke et coll., 2003; Rubak et coll., 2005) quoique ces résultats ne soient pas corroborés par tous (Hettema et coll., 2005).

Certaines observations sont rapportées dans une seule méta-analyse, comme le fait que la présence de manuels de traitement soit associée à une moins bonne efficacité de l'entretien motivationnel (Hettema et coll., 2005) ou encore que ce modèle d'intervention démontre plus d'efficacité auprès de certains sous-groupes culturels (Hettema et coll., 2005). Il faut aussi noter que des variations importantes d'efficacité ont été observées d'un thérapeute à l'autre, même si tous appliquent l'entretien motivationnel (Project MATCH Research Group, 1998).

Finalement, l'entretien motivationnel, lorsqu'il est utilisé au début d'un programme de traitement, favoriserait la rétention en traitement, qui à son tour est associée à une meilleure efficacité (Brown et Miller, 1993; Hettema et coll., 2005).

L'entretien motivationnel et le double diagnostic santé mentale – toxicomanie

Une recension de huit études de distribution au hasard, visant la réduction de la consommation de SPA auprès de personnes atteintes de troubles mentaux sévères, utilisant l'entretien motivationnel (Baker et coll., 2002; Graeber et coll., 2003; Hickman, 1999; Kavanagh et coll., 2004; Swanson et coll.,

1999), ou en combinaison au traitement comportemental cognitif (Baker et coll., 2006; Barrowclough et coll., 2001; Bellack et coll., 2006), met en évidence un certain avantage à utiliser ce mode d'intervention en comparaison au traitement habituel (Cleary et coll., 2009). Il semble qu'un minimum de trois rencontres d'entretien motivationnel soit nécessaire pour observer un effet, mais les études ne permettent pas de clarifier si l'offre d'un plus grand nombre de rencontres de la combinaison entretien motivationnel et traitement comportemental cognitif est efficiente (Cleary et coll., 2009). Dans une autre méta-analyse, l'auteure ajoute d'autres études dont le protocole ne répond pas aux strictes exigences de l'étude précédente (Cleary et coll., 2009), tout en arrivant à des conclusions similaires (Cleary et coll., 2008).

L'entretien motivationnel auprès des individus toxicomanes et judiciairisés

McMurran (2009) identifie dix études évaluant l'efficacité de l'entretien motivationnel auprès de personnes toxicomanes judiciairisées. Les résultats soutiennent l'efficacité de l'entretien motivationnel, souvent en tant que modalité intégrée dans un modèle complexe, que ce soit au sujet de la réduction de la consommation de SPA (Miles et coll., 2007; Sinha et coll., 2003) ou de la persévérance en traitement (Carroll et coll., 2006; Lincourt et coll., 2002). Cependant, d'autres modalités, tels les groupes de soutien (Miles et coll., 2007) ou le renforcement par contingence (Carroll et coll., 2006), semblent plus efficaces à long terme dans la réduction de la consommation de SPA (McMurran, 2009). L'entretien motivationnel semble également favorable à titre d'intervention préparatoire à un traitement plus standard, favorisant un meilleur engagement dans ce programme (Stein et coll., 2006), une augmentation de l'intérêt au changement (Ginsburg, 2000; Mendel et Hipkins, 2002; Vanderberg, 2003) ou une amélioration de la confiance à affronter les situations à haut risque de provoquer la rechute (Slavet et coll., 2005). Quelques

informations semblent indiquer que l'entraînement des agents de probation à l'utilisation de l'entretien motivationnel aurait un impact à long terme sur la réduction de la consommation de SPA de leurs clients (Harper et Hardy, 2000).

L'entraînement à l'entretien motivationnel

Il est notable de constater que l'estimation subjective que font les cliniciens au sujet de leurs compétences à l'utilisation de l'entretien motivationnel n'est pas reliée à des mesures objectives de l'acquisition de cesdites compétences (Miller et coll., 2004). C'est pourquoi il est rapidement apparu pertinent de s'intéresser aux meilleures conditions de son apprentissage (Madson et coll., 2009). Les stratégies de formation permettant de mieux intégrer l'entretien motivationnel dans la pratique s'étendent sur de plus longues périodes, intégrant ateliers, observation et surtout des activités de supervision (Miller et coll., 2004). Au sujet de ces dernières, divers instruments ont été mis sur pied afin de mieux superviser les personnes en formation ou de s'autoévaluer plus efficacement (Madson, 2006; Madson et Campbell, 2006).

La théorie de l'autodétermination

Parallèlement aux travaux de Miller et Rollnick (2002) qui se sont davantage intéressés au développement d'un modèle d'intervention visant à faire croître un type de motivation, soit la motivation au changement, Ryan et Deci (2000) ont plutôt investi leurs efforts dans l'élaboration d'une théorie générale de la motivation⁷. La théorie de l'autodétermination ne considère

⁷ Il est important de faire la différence au sujet des divers types de « motivation ». Miller et Rollnick réfèrent constamment à la motivation au changement de comportements inadaptés. Cependant, Deci et Ryan, mais aussi Cox et Klinger (voir la théorie des préoccupations actuelles), utilisent le terme « motivation » en référence aux forces sous-jacentes à tout type de comportement, qu'il soit adapté ou non. Ainsi, Deci et Ryan, de même que Klinger et Cox, parleront de la motivation à consommer plus

pas la motivation comme un phénomène unitaire. Ainsi, les individus peuvent posséder un niveau de motivation qui diffère tant au plan quantitatif (quelle quantité de motivation?) que qualitatif (quel type de motivation?), chaque type de motivation entraînant des conséquences différentes (Ryan et Deci, 2000).

En effet, la position théorique de Deci et Ryan (1985) établit une distinction entre la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation. Une personne intrinsèquement motivée agit par choix et pour le plaisir inhérent à l'activité elle-même. La motivation intrinsèque est associée à une plus grande productivité, créativité, spontanéité, flexibilité cognitive et persévérance.

Une personne motivée extrinsèquement agit pour obtenir un résultat extérieur à l'activité elle-même (obtenir une récompense ou éviter une situation désagréable), il s'agit d'une motivation instrumentale. Deci et Ryan (1985) ont postulé l'existence de quatre types de motivation extrinsèque que l'on peut situer sur un continuum. Dans l'ordre croissant d'autodétermination, on retrouve: la régulation externe, l'introjection, l'identification et l'intégration. Dans la régulation externe, l'individu émet un comportement en fonction de contraintes ou de récompenses extérieures à lui-même. Le comportement cesse habituellement lorsque les contingences sont retirées. Lorsque les contraintes jadis extérieures deviennent des sources de prescriptions internes, il s'agit de régulation introjectée. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'autodétermination, car l'individu n'a pas l'impression de choisir librement l'activité. Même si la pression provient de l'intérieur, l'individu doit agir pour éviter le sentiment de culpabilité. Lorsqu'une personne a le sentiment de choisir un comportement, qu'elle le valorise et le trouve important, il s'agit de régulation identifiée. Même si le comportement est produit à des fins

de SPA tout aussi bien que de la motivation à arrêter cette consommation alors que Miller et Rollnick utiliseront le terme « motivation » presque uniquement pour parler de l'intérêt à réduire ou à cesser la consommation de SPA.

instrumentales, il est autodéterminé. Finalement, lorsqu'un individu se sent autodéterminé envers la régulation d'un certain comportement et que cette régulation est cohérente avec ses valeurs et croyances profondes, la régulation devient intégrée.

Une personne est amotivée lorsqu'elle ne perçoit plus de relation entre les gestes qu'elle pose et les résultats obtenus (Deci et Ryan, 1985). Elle se sent désabusée, se demande pourquoi elle continue d'agir et cesse éventuellement d'émettre le comportement. Les auteurs décrivent un deuxième type d'amotivation : dans ce cas, la personne poursuit un comportement malgré son désir de cesser (Deci et Ryan, 1990). Ce nouveau concept semble un apport intéressant dans l'étude des comportements de dépendance, souvent perçus comme non intentionnels.

Plusieurs variables contextuelles (p. ex., autorité, coercition, récompenses, punitions, etc.) ont une influence significative sur la façon dont une personne agit dans un environnement donné (Ryan, 1995). La théorie de l'évaluation cognitive de Deci et Ryan (1985) prévoit toutefois que ce ne sont pas les facteurs contextuels en eux-mêmes qui déterminent le comportement, mais plutôt la signification fonctionnelle que l'individu leur accorde.

Selon Ryan (1995), la plupart des comportements humains ne sont pas motivés intrinsèquement. Plusieurs valeurs et régulations comportementales ne sont ni spontanées ni plaisantes. L'acquisition de tels comportements est nécessaire à la socialisation et à l'intégration de l'individu à sa communauté. La théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985) postule l'existence de besoins innés d'autodétermination, de relations interpersonnelles (*relatedness*) et de compétence, le terme compétence étant pris au sens biologique large où l'organisme tend à s'adapter à son environnement. Ces besoins sont à la base du processus d'internalisation, processus qui permet à l'organisme de s'approprier les contingences externes. Progressivement, l'individu apprend à émettre des comportements avec des contingences de

plus en plus éloignées et éventuellement retirées. Puis, il comprend l'importance de produire le comportement pour obtenir le résultat désiré. Enfin, cette identification aux résultats est intégrée à la structure de la personne. À ce moment, les valeurs sociales sont acceptées comme siennes (Deci et Ryan, 1985).

Certaines variables facilitent le processus d'internalisation. Deci, Eghrari, Patrick et Leone (1994) ont observé que (1) fournir un motif rationnel pour adopter un certain comportement, (2) reconnaître le conflit vécu par la personne (tendances habituelles vs adoption du nouveau comportement) à qui on suggère ce comportement et (3) laisser le droit de choisir promeut l'internalisation. Ces trois critères constituent l'essence d'un contexte qui soutient l'autonomie (Deci et coll., 1994). Tandis qu'en contexte contrôlant (récompenses et punitions), le changement de comportement ne persiste qu'en présence des contingences externes. Il est par contre intégré à la personnalité et maintenu à long terme lorsqu'il est acquis en contexte de soutien à l'autonomie (Deci et Ryan, 1985). Deci et Ryan mentionnent un troisième type de contexte: le contexte amotivant où il n'y a pas de contingence entre un comportement et ses conséquences, situation qui engendre un sentiment d'incompétence.

En plus des facteurs contextuels, tout ce qui contribue à hausser la perception de compétence d'un individu accroît la motivation intrinsèque (Deci et Ryan, 1985). Le sentiment de compétence se développe à la suite des rétroactions inhérentes à la tâche (l'individu observe la réussite de façon objective), des rétroactions sociales (commentaires des autres ou comparaison à des normes) ou la progression vers l'atteinte d'un but distal (Harackiewicz et coll., 1992).

Trois arguments militent en faveur de l'utilité de la théorie de l'autodétermination dans le champ des dépendances. Premièrement, cette théorie fournit une base théorique solide pour comprendre la motivation conceptualisée comme le produit

d'échanges interpersonnels (Foote et coll., 1999). Deuxièmement, elle ne considère pas la motivation comme un phénomène unitaire. Ainsi, les gens peuvent non seulement présenter différents degrés de motivation, mais aussi divers types de motivation, chacun entraînant des conséquences différentes (Ryan et Deci, 2000). Finalement, elle permet l'analyse des processus psychologiques responsables du changement (Foote et coll., 1999).

Les études d'efficacité

Bien que la théorie de l'autodétermination ait été l'objet de nombreuses études en milieu naturel, peu d'entre elles ont été conduites dans le champ des toxicomanies. La première étude de ce type visait à décrire la relation entre la motivation initiale, l'implication du patient et la persévérance dans un centre de traitement externe pour personnes alcooliques (Ryan et coll., 1995). Les résultats révélaient que la motivation internalisée était associée à une meilleure implication du patient (telle que notée dans le dossier par le thérapeute) et à une plus grande rétention en traitement huit semaines après l'évaluation initiale. De plus, les individus ayant une motivation internalisée accompagnée d'une motivation externe élevée se présentaient à leur rendez-vous avec plus d'assiduité et étaient plus nombreux à persévérer en traitement que les individus ayant une faible motivation internalisée (sans considération de la motivation externe).

Quelques années plus tard, une étude effectuée auprès de 140 personnes en traitement pour alcoolisme ou toxicomanie confirme l'utilité de la théorie de l'autodétermination dans l'étude des processus psychologiques impliqués dans la dynamique de la motivation en cours de traitement (Simoneau et Bergeron, 2003). En effet, une analyse acheminatoire permet de constater : (1) que la progression vers l'atteinte d'un but, la diminution des problèmes de consommation et les rétroactions des personnes de l'entourage contribuent à la prédiction de

la perception de compétence six semaines après le début du traitement, (2) que la perception de compétence, le contexte de traitement (favorisant l'autonomie ou orienté vers le contrôle) et l'orientation générale de causalité (autonomie versus orientation impersonnelle) influencent la motivation à ce même moment. Ainsi, plusieurs concepts issus de la théorie de l'autodétermination contribuent à la prédiction de la motivation six semaines après le début du traitement.

Une troisième étude, effectuée auprès de 74 personnes en traitement de maintien à la méthadone, permet d'observer que les individus avec une motivation internalisée ont un plus faible taux de rechute (mesuré par le nombre d'échantillons d'urine positifs) et une meilleure assiduité que ceux qui ont une motivation externalisée (Zeldman et Ryan, 2004). De plus, le fait de percevoir que l'équipe de traitement soutient l'autonomie est associé à un plus faible taux de rechute et à moins de rendez-vous manqués.

Une autre étude effectuée auprès de 300 personnes en traitement pour alcoolisme ou toxicomanie rapporte que les individus qui présentent une motivation identifiée ont une plus grande dépendance à la substance. En fait, ces derniers voient plus de bénéfices à réduire leur consommation, ont fait des tentatives pour la réduire avant l'entrée en traitement (90 jours avant) et montrent plus d'intérêt envers le traitement (Wild et coll., 2006). De plus, conformément à la théorie de l'évaluation cognitive, ce ne sont ni les mesures objectives de pressions sociales à consulter, ni les prescriptions légales qui prédisent l'engagement en traitement, mais la perception et la signification accordée à l'événement par l'individu. En effet, les pressions sociales objectives sont associées aux motifs de traitement (motivation internalisée ou externalisée), mais, contrairement à ces derniers, elles ne prédisent aucune des variables d'engagement au traitement mesurées dans cette étude.

Par ailleurs, d'autres études ont été conduites dans un champ assez similaire, soit la cessation tabagique. Globalement, ces études soutiennent les processus psychologiques proposés par la théorie de l'autodétermination. Lorsqu'un message ou un avis professionnel visant l'arrêt du tabac est perçu comme soutenant l'autonomie, tant les adolescents (Williams et coll., 1999) que les adultes (Williams et coll., 2002a) présentent des motifs de traitement plus internalisés et sont plus nombreux à cesser de fumer. De plus, une méthode d'intervention afin d'aider les gens à cesser de fumer a été conçue à partir des concepts de la théorie de l'autodétermination (Williams et coll., 2002b). Une étude permet de constater que cette méthode permet d'augmenter, par rapport à un groupe contrôle qui reçoit le traitement habituel, le nombre de fumeurs abstinents six mois (Williams et coll., 2006b) et douze mois après la fin du traitement (Williams et coll., 2006a).

En résumé, l'ensemble de ces études permet de constater que les concepts issus de la théorie de l'autodétermination sont associés ou prédisent certains comportements avant l'entrée en traitement (tentatives de réduction, intérêt envers le traitement), pendant le traitement (implication, assiduité) et après le traitement (diminution du taux de rechutes). De plus, ces concepts facilitent la compréhension des processus psychologiques qui favorisent l'internalisation de la motivation (perception de compétence, contexte qui soutient l'autonomie). Enfin, les études sur la cessation tabagique soulignent particulièrement l'importance d'une intervention qui soutient l'autonomie afin d'accroître la perception de compétence et l'internalisation de la motivation, ce qui amène de meilleurs résultats post-traitement.

La théorie des préoccupations actuelles et le counseling motivationnel systématique

Une autre théorie de la motivation, soit la théorie des préoccupations actuelles et son application clinique (counseling motivationnel systématique), est développée depuis plus de deux décennies par Klinger et Cox (1988). Ces auteurs cherchent à comprendre les motivations fondamentales sous-tendant le comportement humain et les principes permettant leur modification, tout particulièrement dans le champ de l'abus de SPA (Cox et Klinger, 1988). Ils postulent que les comportements et les expériences sont organisés autour de la poursuite de buts et de la joie que procurent l'anticipation et l'atteinte de ceux-ci. La modification de comportement doit donc naturellement être comprise comme l'adhésion à la poursuite de buts différents de ceux actuellement poursuivis par l'utilisateur. Les auteurs ont appliqué leur conceptualisation à la compréhension de la consommation abusive d'alcool ou de drogues et ont développé un modèle d'intervention clinique (c.-à-d. le counseling motivationnel systématique) visant évidemment à modifier les fondements motivationnels de la consommation problématique de SPA.

Selon Klinger et Cox (2004), le changement affectif anticipé par l'atteinte ou non d'un but revêt une place centrale dans cette conceptualisation. L'affect y est défini comme étant un système de base permettant à l'humain de reconnaître la valeur de quelque chose, de buts ou de menaces potentielles, et la valeur des progrès vers l'atteinte des buts. Ces changements anticipés peuvent être désirables (augmentation de l'affect positif ou réduction de l'affect négatif) ou indésirables (réduction de l'affect positif ou augmentation de l'affect négatif). Les changements souhaités suscitent le désir de rapprochement ou d'appétence alors que les autres entraînent une réaction instinctive de fuite, d'évitement.

Un incitatif⁸ est un objet (p. ex. : un meilleur salaire, un quart de gramme de cocaïne) ou un événement (p. ex. : rencontrer des gens, aller au cinéma) pour lesquels la personne anticipe, lorsqu'il sera obtenu ou vécu, un impact affectif personnel, positif ou négatif. Les gens veulent acquérir des incitatifs positifs pour augmenter leurs affects positifs et veulent se débarrasser des incitatifs négatifs qui augmenteraient leurs affects négatifs. La consommation de SPA a un grand pouvoir incitatif dans son rôle de régulation à court terme des affects (réduire les affects négatifs et augmenter les affects positifs). La valeur incitative d'une surconsommation de SPA est en compétition avec d'autres incitatifs dans la vie de la personne et vient leur porter ombrage. Par contre, cette surconsommation est également un incitatif négatif puisqu'elle cause des dommages et en ce sens, il vient un moment où l'individu voudrait également se débarrasser de cette habitude, d'où le sentiment bien connu d'ambivalence envers ce que la personne chérit, mais qui à la fois la fait souffrir.

Un but est simplement un incitatif qu'une personne tente d'atteindre. L'objet de toute quête est un incitatif, c'est-à-dire quelque chose duquel les gens espèrent soutirer des changements désirables sur le plan affectif. La structure motivationnelle est l'ensemble des buts d'une personne, des incitatifs qu'elle cherche à obtenir, à un moment donné de sa vie, et la manière dont elle se relie à ses buts.

L'engagement envers la poursuite d'un but déclenche un processus cérébral latent nommé «préoccupations actuelles»⁹. Ce sont des processus largement inconscients qui rendent l'individu plus enclin à remarquer, se souvenir, penser, rêver et agir au sujet de stimuli associés à la poursuite du but en question. Cet état est différent pour chaque but poursuivi par une même personne. La consommation d'alcool ou de drogues devient pour certaines

⁸ Traduction de «incentive».

⁹ Traduction de «current concerns».

personnes un but en soi, déclenchant ainsi ce processus motivationnel interne (préoccupation actuelle) qui orientera les processus attentionnels, les pensées, les émotions et les comportements vers les comportements de consommation de SPA (Cox et Klinger, 2004a).

Les diverses manifestations de la détresse, dont l'abus de SPA, sont comprises comme résultant, entre autres, d'un dérèglement de la fonction fondamentale de poursuite avec succès des buts. Pour plusieurs raisons, les personnes ne cherchent pas toujours à atteindre des incitatifs bénéfiques pour eux, soit parce que 1) elles ne savent pas comment atteindre le but qu'elles désirent, 2) elles imaginent que l'atteinte d'un but leur apportera un malheur plus grand que le bien recherché, 3) elles croient qu'elles ne réussiront pas et 4) elles estiment que compte tenu de contraintes diverses, elles sont obligées de choisir autre chose. Les buts sont ainsi une sélection limitée parmi les incitatifs disponibles pour une personne.

La personne alcoolique ou toxicomane attribue une haute valeur à la consommation de SPA à titre d'incitatif. Les attentes de bénéfices sont élevées, et ce, malgré toutes les détériorations dans la non-atteinte d'autres buts cruciaux de la vie. En fait, les attentes au sujet de la consommation de SPA sont des variables prédictives proximales fortes (Wiers et coll., 2005) de la consommation de SPA. En l'absence d'incitatifs puissants non reliés à la consommation de SPA ou de la structure motivationnelle nécessaire pour les acquérir, il est plus probable que la personne qui tente d'arrêter sa consommation de SPA ne réussisse pas. Elle manque d'alternatives affectivement stimulantes. En fait, les motivations à consommer des SPA sont intimement liées aux souhaits, aspirations et buts que les gens ont (ou n'ont pas) dans d'autres sphères de leur vie. Il faut donc examiner le contexte motivationnel de leur consommation de SPA afin de mieux pouvoir les aider. C'est ce que les auteurs nomment l'analyse de la structure motivationnelle (Cox et Klinger, 2004b; Klinger et Cox, 2004).

En considérant l'ensemble de la vie de la personne, Klinger et Cox (2004) suggèrent que la qualité du sentiment de bien-être dépend de la réalisation de buts fondamentaux tels que 1) maintenir des relations intimes, 2) obtenir un emploi satisfaisant, 3) avoir du soutien interpersonnel dans la poursuite de ses propres buts, 4) avoir un fort sentiment d'engagement envers ses buts de même que l'impression de progresser vers leur atteinte, 5) avoir des buts cohérents avec ses valeurs personnelles, par opposition à ceux imposés par autrui.

Malgré l'automatisme inhérent à la répétition si fréquente d'un comportement, Klinger et Cox (2004) stipulent que tout comportement est le fruit d'une décision (en tenant compte de tous les déterminismes génétiques, physiologiques, psychologiques et culturels) et que ce processus décisionnel peut être changé en modifiant la gamme d'alternatives à partir desquelles l'individu peut choisir. Le consommateur de SPA, pour être motivé à changer, doit percevoir à la fois les conséquences négatives de sa consommation de SPA et les bénéfiques de les changer, ce qui requiert de croire à la fois qu'il existe des bénéfices suffisamment attractifs et qu'ils vont croître si la consommation de SPA change (Cox et Klinger, 2004a).

C'est pourquoi le counseling motivationnel systématique commencera par une évaluation de la structure motivationnelle de l'utilisateur (Cox et Klinger, 2004b). L'utilisateur doit identifier les sphères de vie à l'intérieur desquelles il a des préoccupations importantes ou pour lesquelles il souhaite changer quelque chose, notant de façon descriptive les changements souhaités, son degré d'engagement envers ce but, la probabilité de l'atteindre, son sentiment de contrôle, etc. Finalement, il doit s'attarder au degré d'aide ou de nuisance apporté par sa consommation d'alcool ou de drogues dans l'atteinte de ce but.

Cet exercice peut occuper plus d'un entretien et permet de dresser un portrait complexe des motivations ou buts recherchés

par la personne, de même que les buts abandonnés ou souhaités que la personne croit être incapable d'atteindre, et de leurs interactions positives ou négatives avec la consommation de SPA. Cette évaluation n'est pas vue comme un portrait statique, elle donne plutôt un aperçu de la perception de la personne envers ses préoccupations et intérêts, sa capacité de les atteindre et son estimation d'un éventuel bénéfice émotionnel.

Par la suite, une évaluation des interactions entre les différents buts est menée et une attention particulière est accordée aux buts de la consommation de SPA et à ses interactions avec les autres cibles. Cette étape vise à donner la priorité aux buts qui sont facilitateurs de la réalisation de plusieurs autres buts, mais aussi à ceux qui en entravent la réalisation. À cette hiérarchisation des buts s'enchaîne un traitement comportemental cognitif par l'opérationnalisation des étapes à gravir, l'identification de tâches entre les rencontres, l'apprentissage d'habiletés nécessaires à l'atteinte des buts sélectionnés, la résolution de conflits entre les buts, le désengagement envers des buts inappropriés et l'identification de nouveaux incitatifs. De façon générale, le thérapeute invitera l'usager à passer d'un style d'évitement d'incitatifs négatifs à un style d'appétence ou de recherche d'accomplissement de buts positifs (p. ex., passer de stratégies visant à éviter la maladie à celles favorisant la recherche de la santé). Il est aussi à prévoir que le processus de désengagement envers la consommation de SPA, comme tout processus de désengagement vis-à-vis un but ayant été fortement investi sur le plan affectif, entraîne une séquence de changements émotionnels : stimulation à le retrouver, colère, dépression et rétablissement.

En somme, s'appuyant sur le postulat que le changement de comportement est déterminé par le pouvoir attractif des incitatifs faisant partie du répertoire d'un individu, l'ensemble du processus clinique vise à réorganiser la structure motivationnelle de la personne de manière à ce que les incitatifs autres que

la consommation de SPA soient plus attractifs. Le but est de maximiser la satisfaction émotionnelle envers des incitatifs non reliés à la consommation de SPA et donc, de réduire par le fait même la motivation à rechercher la satisfaction émotionnelle par la consommation de SPA. Ainsi, la personne pourra reprendre sa quête productive d'incitatifs qui ont le potentiel de soulever en elle un sentiment de bonheur et d'accomplissement.

Les études d'efficacité

Des études ont porté sur l'hypothèse selon laquelle la présence d'un but (p. ex., consommer une SPA), conscient ou non, accroît et intensifie les pensées de la personne à ce sujet et oriente ses comportements vers l'obtention de la substance. En conséquence, elle développe un biais attentionnel envers les stimuli reliés à l'obtention du but (Fadardi et Cox, 2009). Les résultats semblent confirmer cette hypothèse, démontrant que lorsqu'une personne surconsomme de l'alcool, elle porte plus attention aux stimuli reliés à ce but (Fadardi et Cox, 2008; Weinstein et Cox, 2006). Cette situation ne peut d'ailleurs pas être expliquée par des déficits cognitifs chez les alcooliques (Fadardi et Cox, 2006). L'entraînement à la réduction de ce biais semble également favoriser une diminution de la consommation d'alcool, confirmant en partie l'utilité de ces travaux pour l'amélioration des pratiques cliniques (Fadardi et Cox, 2009).

La qualité de la structure motivationnelle (rôle actif et engagement dans l'atteinte de ses buts, joie anticipée à leur atteinte et estimation positive du potentiel de succès) est également associée à la capacité de contrôler sa consommation d'alcool chez les étudiants universitaires de quatre pays et à une meilleure satisfaction envers la vie (Cox et coll., 2002). Elle permet aux personnes alcooliques de mieux profiter d'un traitement de l'abus de SPA (Klinger et Cox, 1986), et ce, à long terme (Cox et coll., 2003). Les toxicomanes en désintoxication

ayant une meilleure structure motivationnelle présentent moins de négation de leurs problèmes et sont plus motivés à changer que ceux ayant une structure motivationnelle plutôt inadaptée (Cox et coll., 2000). Ces associations entre la structure motivationnelle et différents indices de santé et de résultats thérapeutiques peuvent également laisser croire que celle-ci est un indice général de bon fonctionnement psychique et relationnel, un indice global de santé et de bien-être, par conséquent normalement associé à des indices divers de succès.

Une seule étude portant directement sur l'efficacité du counseling motivationnel systématique a été recensée. Cette approche est plus efficace que l'absence de traitement dans la réduction de la consommation de SPA (groupe de comparaison sans distribution au hasard) auprès de personnes abusant de SPA et ayant subi un traumatisme crânien, améliorant leur structure motivationnelle et réduisant la consommation de SPA (Cox et coll., 2003). Des rapports informels indiquent que le counseling motivationnel systématique est apprécié par les cliniciens en tant qu'outil permettant de connaître les besoins et les interactions positives ou négatives entre les diverses motivations de l'utilisateur, favorisant ainsi l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé (Cox et coll., 2003).

Comparaison entre les trois modèles

La recension de trois élaborations clinico-théoriques autour de la motivation à changer un comportement nous procure deux théories de la motivation (théorie de l'autodétermination et la théorie des préoccupations actuelles) ayant chacune une application clinique (p. ex., le counseling motivationnel systématique) et finalement, un modèle d'intervention plutôt issu de travaux cliniques (entretien motivationnel – EM). Le tableau 1 met en évidence les similitudes et différences entre les trois modèles.

Tableau 1. Comparaisons entre l'entretien motivationnel, la théorie de l'autodétermination et la théorie des préoccupations actuelles / le counseling motivationnel systématique

	EM	TAD	TPA / CMS
Approche	Humaniste avec éléments cognitifs et comportementaux	Humaniste avec éléments cognitifs	Cognitive mais à saveur humaniste dans son application
Théorie ou modèle clinique	Modèle clinique	Théorie avec applications cliniques	Théorie avec modèle clinique structuré
But d'origine	Faciliter l'intérêt au changement chez les toxicomanes	Modèle général de compréhension de la motivation	Modèle général de compréhension de la motivation mais appliqué principalement à la toxicomanie
Développements subséquents	Application à de nombreuses problématiques	Application à de très nombreuses problématiques mais peu à la toxicomanie	Modèle théorico-clinique peu utilisé jusqu'à maintenant
Buts ou besoins fondamentaux ciblés	<p>Pas de besoins fondamentaux nommés mais interventions apparemment fondées sur la prémisse de la présence de ces besoins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recours à la relation thérapeutique comme principal levier de changement - Utilisation clinique du manque de cohérence valeurs-but (dissonance) - Vise à rehausser le sentiment d'efficacité personnelle 	<p>Trois besoins fondamentaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être en relation - Autodétermination - Se sentir compétent 	<p>Cinq buts fondamentaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relations intimes - Soutien d'autrui dans l'atteinte de ses propres buts - Cohérence entre buts et valeurs - Impression de progresser dans l'atteinte de buts - Emploi satisfaisant
Orientation temporelle	Présent	Présent	Présent et futur (buts)
«Focus» clinique	Centrée sur le client, empathie	Centrée sur le client, empathie	Centrée sur le client, empathie

EM = entretien motivationnel; TAD = théorie de l'autodétermination; TPA / CMS = théorie des préoccupations actuelles / counseling motivationnel systématique

La théorie de l'autodétermination et la théorie des préoccupations actuelles sont deux théories générales, tentant d'expliquer la source de la motivation humaine sous ses diverses formes. L'entretien motivationnel représente plutôt l'élaboration exhaustive de stratégies cliniques démontrées comme étant les plus efficaces dans le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. C'est probablement ce qui a fait dire à Ryan et Rollnick (respectivement coauteurs de la théorie de l'autodétermination et de l'entretien motivationnel) que la théorie de l'autodétermination pourrait permettre de mieux comprendre les processus responsables de l'efficacité de l'entretien motivationnel (Markland et coll., 2005). D'autre part, les attitudes et les principes qui guident l'entretien motivationnel permettraient de satisfaire les besoins d'autodétermination, de relations interpersonnelles et de compétence postulés par la théorie de l'autodétermination (Ginsburg et coll., 2002; Vansteenkiste et Sheldon, 2006).

La théorie de l'autodétermination postule que l'être humain a des besoins fondamentaux expliquant la motivation, dont les besoins d'être en relation, d'autodétermination et de compétence. La théorie des préoccupations actuelles stipule que l'être humain cherche à accomplir des buts fondamentaux, dont l'intimité et la recherche du soutien d'autrui dans l'accomplissement de ses buts, la recherche de cohérence entre ses buts et ses valeurs, le sentiment de progresser dans l'atteinte des buts et la réalisation d'un emploi satisfaisant. Plusieurs similarités sont présentes. On pourrait cependant noter l'accentuation de la perspective future apportée par le counseling motivationnel systématique dans l'importance à identifier les buts vers lesquels la personne oriente ses énergies.

Il faut également noter que les trois théories/modèles recensés ne sont pas des approches comportementales en tant que telles. La théorie des préoccupations actuelles stipule que le changement de comportement se fait d'abord par un changement de buts et, en ce sens, d'orientation cognitive. Dans le même

esprit, la théorie de l'autodétermination s'intéresse davantage à la nature de la motivation sous-jacente au comportement pour expliquer ce dernier. L'entretien motivationnel, de façon plus pratique, s'intéresse à toute intervention qui fera accroître l'attrait d'un changement, de façon à préparer la modification ultérieure de comportement.

L'entretien motivationnel pourrait très bien être une excellente approche préparatoire au counseling motivationnel systématique (Resnicow et coll., 2004). En fait, les auteurs de l'entretien motivationnel estiment que le counseling motivationnel systématique est une approche plus englobante, situant la consommation de SPA dans une analyse complète des intérêts et motivations de la personne au sein des différentes sphères de vie alors que l'entretien motivationnel vise plus spécifiquement à résoudre l'ambivalence envers la consommation de SPA (Miller et Rollnick, 1991). D'autre part, le counseling motivationnel systématique pourrait avantageusement être utilisé pour accroître la motivation chez des personnes ambivalentes. En fait, l'exercice d'identification des buts de la personne dans chaque sphère de vie et de leurs interactions positives et négatives avec la consommation de SPA peut aisément se concevoir comme un exercice favorisant la réflexion, sans engagement au changement, tel que le préconise l'entretien motivationnel (Sellen et coll., 2006).

Bref, ces trois théories/modèles présentent diverses complémentarités sans oppositions significatives (Resnicow et coll., 2004). L'entretien motivationnel est toutefois un modèle dominant dans le champ du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. La théorie de l'autodétermination a seulement été sporadiquement appliquée au traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Les premières applications du counseling motivationnel systématique ont visé les personnes alcooliques,

mais ce modèle est peu répandu. Il y aurait avantage à s'enrichir de ces modèles complémentaires améliorant notre compréhension des processus explicatifs du changement et permettant de comprendre un peu mieux l'efficacité de l'entretien motivationnel. Du même souffle, on pourrait améliorer l'efficacité de nos approches.

Références

- Baker, A., Bucci, S., Lewin, T. J., Kay-Lambkin, F., Constable, P. M. et Carr, V. J. (2006). «Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial». *British Journal of Psychiatry*. 188 (5), p. 439-448.
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H., et Terry, M. (2002). «Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders». *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 106 (3), p. 233-240.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ, É.-U. : Prentice-Hall, 247 p.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris: De Boeck, 859 p.
- Barrowclough, C., Haddock, G., TARRIER, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N. et McGover, J. (2001). «Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders». *American Journal of Psychiatry*. 158 (10), p. 1706-1713.
- Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearon, J. S., Brown, C. H. et Yang, Y. A. (2006). «Randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness». *Archives of General Psychiatry*. 63 (4), p. 426-432.
- Bem, D. J. (1967). «Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena». *Psychological review*. 74 (3), p. 183-200.
- Bem, D. J. (1972). «Self-perception theory». [In L. Berkowitz (sous la direction): *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 6)] New York: Academic Press, p. 1-62.

- Brown, J. M. et Miller, W. R. (1993). «Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment». *Psychology of Addictive Behaviors*. 7, 211-218.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. et Dunn, C. (2002). «The efficacy of motivational interviewing and its adaptations. What we know so far». [In W. R. Miller et coll. (sous la direction): *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd edition)] New York, NY, US : Guilford Press, p. 217-250.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. et Menchola, M. (2003). «The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71 (5), p. 843-861.
- Carroll, K. M., Easton, C. J., Nich, C., Hunkele, K. A., Neavins, T. M., Sinha, R., Ford, H. L., Vitolo, S. A., Doebrick, C. A. et Rounsaville, B. J. (2006). «The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 74 (5), p. 955-966.
- Cleary, M., Hunt, G., Matheson, S., Siegfried, N. et Walter, G. (2009). «Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse». *The Cochrane Library*. (2), p. 1-235.
- Cleary, M., Hunt, G. E., Matheson, S. et Walter, G. (2008). «Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review». *Journal of Advanced Nursing*. 65 (2), p. 238-258.
- Cox, W. M., Blount, J. P., Bair, J. et Hosier, S. G. (2000). «Motivational predictors of readiness to change chronic substance abuse». *Addiction Research*. 8 (2), p. 121-128.
- Cox, W. M., Heinemann, A. W., Miranti, S. V., Schmidt, M., Klinger, E. et Blount, J. (2003). «Outcomes of systematic motivational counseling for substance use following traumatic brain injury». *Journal of Addictive Disease*. 22 (1), p. 93-110.

- Cox, W. M. et Klinger, E. (1988). «A motivational model of alcohol use». *Journal of Abnormal Psychology*. 97 (2), p. 168-180.
- Cox, W. M. et Klinger, E. (2004a). «A motivational model of alcohol use: Determinants of use and change». [In W. M. Cox et coll. (sous la direction): *Handbook of Motivational Counseling: Concepts, Approaches, and Assessment*] West Sussex, England : John Wiley & Sons, p. 121-138.
- Cox, W. M. et Klinger, E. (2004b). «Measuring motivation: The Motivational Structure Questionnaire and Personal Concerns Inventory». [In W. M. Cox et coll. (sous la direction): *Handbook of Motivational Counseling: Concepts, Approaches, and Assessment*] West Sussex, England : John Wiley & Sons, p. 141-151.
- Cox, W. M. et Klinger, E. (2004c). «Systematic motivational counseling: The Motivational Structure Questionnaire in action». [In W. M. Cox et coll. (sous la direction): *Handbook of Motivational Counseling: Concepts, Approaches, and Assessment*] West Sussex, England : John Wiley & Sons, p. 217-238.
- Cox, W. M., Schippers, G. M., Klinger, E., Skutle, A., Stuchlikova, I., Man, F., King, A. L. et Inderhaug, R. (2002). «Motivational structure and alcohol use of university students across four nations». *Journal of Studies on Alcohol*. 63 (3), p. 280-285.
- Deci, E. L., Egharie, H., Patrick, B. C. et Leone, D. R. (1994). «Facilitating internalization: The self-determination perspective». *Journal of Personality*. 62, p. 119-142.
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior (Perspectives in Social Psychology)*. New York : Plenum Press, 371 p.
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (1990). «A motivational approach to self: integration in personality». [In Dienstbier (Ed.) : *Nebraska Symposium on Motivation, vol. 38. Perspectives on motivation*] Lincoln, NE : University of Nebraska, p. 237-288.

- Fadardi, J. S. et Cox, W. M. (2006). «Alcohol attentional bias: drinking salience or cognitive impairment?». *Psychopharmacology*. 185 (2), p. 168-178.
- Fadardi, J. S. et Cox, W. M. (2008). «Alcohol-attentional bias and motivational structure as independent predictors of social drinkers' alcohol consumption». *Drug and Alcohol Dependence*. 97 (3), p. 247-256.
- Fadardi, J. S. et Cox, W. M. (2009). «Reversing the sequence: reducing alcohol consumption by overcoming alcohol attentional bias». *Drug and Alcohol Dependence*. 101 (3), p. 137-145.
- Foote, J., DeLuca, A., Magura, S., Warner, A., Grand, A., Rosenblum, A. et Stahl, S. (1999). «A group motivational treatment for chemical dependency». *Journal of Substance Abuse*. 17 (3), p. 181-192.
- Ginsburg, J. I. D. (2000). «Using motivational interviewing to enhance treatment readiness in offenders with symptoms of alcohol dependence». *Dissertation Abstract International – B*. 61(8), p. 4404.
- Ginsburg, J. I. D., Mann, R. E., Rotgers, F. et Weekes, J. R. (2002). «Motivational interviewing with criminal justice populations». [In W. R. Miller et coll. (sous la direction): *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2nd Ed.)] New York: Guilford Press, p. 333-347.
- Graeber, D. A., Moyers, T. B., Griffith, G., Guajardo, E. et Tonigan, J. S. (2003). «Pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders». *Community Mental Health Journal*. 39 (3), p. 189-202.
- Harackiewicz, J. M., Manderlink, G. et Sansone, C. (1992). «Competence processes and achievement motivation: Implications for intrinsic motivation». [In A. K. Boggiano et coll. (sous la direction): *Achievement and Motivation: A Social-Developmental Perspective*] New York: Cambridge University Press, p. 115-137.

- Harper, R. et Hardy, S. (2000). «An evaluation of motivational interviewing as a method of intervention with clients in a probation setting». *British Journal of Social Work*. 30 (3), p. 393-400.
- Heather, N., Copello, A., Godfrey, C., Orford, J., Raistrick, D., Russell, I. et coll. (2008). «UK Alcohol Treatment Trial: client-treatment matching effects». *Addiction*. 103 (2), p. 228-238.
- Heather, N., Rollnick, S., Bell, A. et Richmond, R. (1996). «Effects of brief counseling among heavy drinkers identified on general hospital wards». *Drug and Alcohol Review*. 15, p. 29-38.
- Hettema, J., Steele, J. et Miller, W. R. (2005). «Motivational interviewing». *Annual Review of Clinical Psychology*. 1, p. 91-111.
- Hickman, M. E. (1999). «The effects on personal feedback on alcohol intake in dually diagnosed clients: an empirical study of William R. Miller's motivational enhancement therapy». *Dissertation Abstract International – B*. 60 (1-B), p. 37.
- Janis, I. L. et Mann, L. (1977). «Decision-making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment». New York: Free Press, 488 p.
- Kavanagh, D. J., Young, R., White, A., Saunders, J. B., Wallis, J., Shockley, N., Jenner, L., et Clair, A. (2004). «A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis». *Drug and Alcohol Review*. 23 (2), p. 151-155.
- Klinger, E. et Cox, W. M. (1986). «Motivational predictors of alcoholics' responses to inpatient treatment». *Advances in Alcoholism and Substance Abuse*. 6 (1), p. 35-44.
- Klinger, E. et Cox, W. M. (2004). «Motivation and the theory of current concerns». [In W. M. Cox et coll. (sous la direction): *Handbook of Motivational Counseling: Concepts, Approaches and Assessment*] West Sussex, England: John Wiley & Sons, p. 3-27.
- Lincourt, P., Kuettel, T. J. et Bombardier, C. H. (2002). «Motivational interviewing in a group setting with mandated clients: A pilot study». *Addictive Behaviors*. 27 (381), p. 381-391.

- Madson, M. B. (2006). «Psychometric evaluation of a supervisor feedback measure with motivational interviewing: Reliability and validity of the Motivational Interviewing Supervision and Training Scale (MISTS)». *Dissertation Abstract International-B*. 66 (8B), p. 4490.
- Madson, M. B. et Campbell, T. C. (2006). «Measures of fidelity in motivational enhancement: A systematic review». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 31 (1), p. 67-73.
- Madson, M. B., Loignon, A. C. et Lane, C. (2009). «Training in motivational interviewing: A systematic review». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 36 (1), p. 101-109.
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J. et Rollnick, S. (2005). «Motivational interviewing and self-determination theory». *Journal of Social and Clinical Psychology*. 24 (6), p. 811-831.
- McMurran, M. (2009). «Motivational interviewing with offenders: A systematic review». *Legal and Criminological Psychology*. 14 (1), p. 83-100.
- Mendel, E. et Hipkins, J. (2002). «Motivating learning disabled offenders with alcohol-related problems: A pilot study». *British Journal of Learning Disabilities*. 30 (4), p. 153-158.
- Miles, H., Duthiel, L., Welsby, I. et Haider, D. (2007). «‘Just say no’: A preliminary evaluation of a three-stage model of integrated treatment for substance use problems in conditions of medium security». *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*. 18 (2), p. 141-159.
- Miller, W. R. (1983). «Motivational Interviewing with problem drinkers». *Behavioural Psychotherapy*. 11, p. 147-172.
- Miller, W. R. (1995a). «Increasing motivation for change». [In R. K. Hester (sous la direction): *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, (2nd Ed.)] Boston, MA: Allyn & Bacon, p. 89-104.
- Miller, W. R. (1995b). *Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers*. Albuquerque, New Mexico : National Institute on Drug Abuse (R01-DA08896), 66 p.

- Miller, W. R. (1999). Toward a theory of Motivational Interviewing. *Motivational Interviewing Newsletter: Updates, Education and Training*. 6 (3), p. 2-4.
- Miller, W. R., Benefield, R. G. et Tonigan, J. S. (1993). «Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61 (3), p. 455-461.
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press, 348 p.
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd edition). New York: Guilford Press, 428 p.
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement* (traduction de Dorothée Lécaillier et Philippe Michaud). Paris, France: Inter-Éditions, 241 p.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J. et Pirritano, M. (2004). «A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72 (6), p. 1050-1062.
- Prochaska, J. O. et DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Malabar, FL: Krieger, 204 p.
- Project MATCH Research Group. (1997). «Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes». *Journal of Studies on Alcohol*. 58 (1), p. 7-29.
- Project MATCH Research Group. (1998). «Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes». *Alcohol Clinical Experimental Research*. 22, p. 1300-1311.

- Project MATCH Research Group. (1998). «Therapist effects in three treatments for alcohol problems». *Psychotherapy Research*. 8 (4), p. 455-474.
- Resnicow, K., Baskin, M. L., Rahotep, S. S., Periasamy, S. et Rollnick, S. (2004). «Motivational interviewing in health promotion and behavioral medicine». [In M. W. Cox et coll. (sous la direction) : *Handbook of Motivational Counseling: Concepts, Approaches, and Assessment*] West Sussex, England : John Wiley & Sons, p. 457-476.
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston : Houghton Mifflin.
- Rokeach, M. (1971). «Long-range experimental modification of values, attitudes, and behavior». *American Psychologist*. 26 (5), p. 453-459.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York : Free Press, 438 p.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. et Christensen, B. (2005). «Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis». *British Journal of General Practice*. 55 (153), p. 305-312.
- Ryan, R. M. (1995). «Psychological needs and the facilitation of integrative processes». *Journal of Personality*. 63 (3), p. 397-427.
- Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2000). «Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being». *American Psychologist*. 55, p. 68-78.
- Ryan, R. M., Plant, R. W. et O'Malley, S. (1995). «Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout». *Addictive Behaviors*. 20 (3), p. 279-297.
- Schneider, R. J., Casey, J. et Kohn, R. (2000). «Motivational versus confrontational interviewing: a comparison of substance abuse assessment practices at employee assistance programs». *Journal of Behavioral Health Services Research*. 27 (1), p. 60-74.

- Sellen, J. L., McMurrin, M., Cox, W. M., Theodosi, E. et Klingler, E. (2006). «The personal concerns inventory (Offender adaptation)». *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 50 (3), p. 294-305.
- Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J. et MacEwan, I. (2001). «A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence». *Journal of Studies on Alcohol*. 62 (3), p. 389-396.
- Simoneau, H. et Bergeron, J. (2003). «Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment». *Addictive Behaviors*. 28, p. 1219-1241.
- Sinha, R., Easton, C., Renee-Aubin, L. et Carroll, K. M. (2003). «Engaging young probation-referred marijuana-abusing individuals in treatment: A pilot Trial». *The American Journal on Addictions*. 12 (4), p. 314-323.
- Slavet, J. D., Stein, L. A. R., Klein, J. L., Colby, S. M., Barnett, N. P. et Monti, P. M. (2005). «Piloting the family check-up with incarcerated adolescents and their parents». *Psychological Services*. 2 (2), p. 123-132.
- Stein, L. A., Colby, S. M., Barnett, N., Monti, P., Golembeske, C., Lebeau-Craven, R. et coll. (2006). «Enhancing substance abuse treatment engagement in incarcerated adolescents». *Psychological Services*. 3 (1), p. 25-34.
- Stein, M. D., Herman, D. S. et Anderson, B. J. (2009). «A motivational intervention trial to reduce cocaine use». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 36 (1), p. 118-125.
- Stephens, R. S., Roffman, R. A. et Curtin, L. (2000). «Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68 (5), p. 898-908.
- Swanson, A. J., Pantalon, M. V. et Cohen, K. R. (1999). «Motivational Interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients». *Journal of Nervous and Mental Disease*. 187 (10), p. 630-635.

- Vanderberg, S. A. (2003). «Motivational interviewing as a pre-cursor to a substance abuse program for offenders». *Dissertation Abstracts International*. 63 (9-B), p. 4354.
- Vansteenkiste, M. et Sheldon, K. M. (2006). «There's nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory». *The British Journal of Clinical Psychology*. 45, p. 63-82.
- Weinstein, A. et Cox, W. M. (2006). «Cognitive processing of drug-related stimuli: the role of memory and attention». *Journal of Psychopharmacology*. 20 (6), p. 850-859.
- Wiers, R. W., van de, L. J., van den, W. E. et Smulders, F. T. (2005). «Challenging implicit and explicit alcohol-related cognitions in young heavy drinkers». *Addiction*. 100 (6), p. 806-819.
- Wild, T. C., Cunningham, J. A. et Ryan, R. A. (2006). «Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: a self-determination theory perspective». *Addictive Behaviors*. 31, p. 1858-1872.
- Williams, G. C., Cox, E. M., Kouides, R. W. et Deci, E. L. (1999). «Presenting the facts about smoking to adolescents». *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 153, p. 959-964.
- Williams, G. C., Gagné, M., Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2002a). «Facilitating autonomous motivation for smoking cessation». *Health Psychology*. 21 (1), p. 40-50.
- Williams, G. C., Minicucci, D. S., Kouides, R. W., Levesque, C., Chirkov, V. I. et Ryan, R. M. (2002b). «Self-determination, smoking, diet and health». *Health Education Research*. 17 (5), p. 512-521.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Kouides, R. W., Levesque, C. et Ryan, R. M. (2006a). «A self-determination multiple risk intervention trial to improve smokers' health». *Journal of General Internal Medicine*. 21 (12), p. 1288-1294.

Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W. et Ryan, R. M. (2006b). «Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: supporting autonomy and competence in a clinical trial». *Health Psychology*. 25 (1), p. 91-101.

Zeldman, A. et Ryan, R. M. (2004). «Motivation, autonomy support, and entity beliefs: their role in methadone maintenance treatment». *Journal of Social and Clinical Psychology*. 23 (5), p. 675-696.