

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL ET LES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENTS EN SANTÉ

Catherine Laurin, Kim L. Lavoie

EDK, Groupe EDP Sciences | « Perspectives Psy »

2011/3 Vol. 50 | pages 231 à 237

ISSN 0031-6032

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2011-3-page-231.htm>

Pour citer cet article :

Catherine Laurin, Kim L. Lavoie « L'entretien motivationnel et les changements de
comportements en santé », *Perspectives Psy* 2011/3 (Vol. 50), p. 231-237.

Distribution électronique Cairn.info pour EDK, Groupe EDP Sciences.

© EDK, Groupe EDP Sciences. Tous droits réservés pour tous pays.

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

L'entretien motivationnel et les changements de comportements en santé Efficacité et implications cliniques

Catherine LAURIN¹, Kim L. LAVOIE²

Résumé

La plupart des maladies chroniques comme l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'obésité sont en grande partie liées à l'hygiène de vie. Les interventions traditionnelles (éduquer, conseiller) sont souvent inefficaces pour entraîner des changements significatifs de comportements chez la majorité des patients. L'entretien motivationnel (EM) est un type d'entretien centré sur le patient de plus en plus utilisé dans le milieu médical. Cette approche consiste à encourager le patient à exprimer ou à verbaliser son ambivalence face au changement de comportements afin de la résoudre à l'aide de stratégies motivationnelles et cognitivo-comportementales. Il ne s'agit pas d'une forme de psychothérapie, mais d'une technique de communication structurée qui soutient et encourage les patients à parler de ce qui les motive à changer. L'EM souligne aussi l'importance d'évaluer le niveau de motivation au changement du patient et son degré de confiance dans sa capacité à changer (auto-efficacité). Cet article décrit les bases théoriques de l'entretien motivationnel (EM) et les applications pratiques de cette approche. Un essai clinique en cours sur l'efficacité de l'EM sur l'observance au traitement médicamenteux chez des sujets asthmatiques est exposé à titre d'exemple. L'évaluation de l'efficacité de l'EM est brièvement abordée en conclusion.

Mots clés : entretien motivationnel, comportements, intervention comportementale, motivation, observance.

Motivational interviewing and change in health behaviors

Summary

Poor health behaviors (tobacco, poor diet, and physical inactivity) are common causes of premature illness (asthma, chronic obstructive pulmonary disease [COPD], cardiovascular disease, diabetes, obesity) and death. Interventions focusing on health education and "advice-giving" have failed to produce significant behavior/lifestyle change in the majority of patients. Motivational interviewing (MI) is a client-centered interview approach that has become increasingly popular within primary health care. At the heart of MI is getting patients to express or verbalize ambivalence about health behavior change through the use of basic motivational and cognitive-behavioral techniques. It is not a form of psychotherapy, but rather, is more of a structured, supportive communication technique that encourages patients to talk to us about what motivates them to change. Responsibility for change is

¹PhD, Docteure en psychologie, Axe de recherche en santé respiratoire, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et Centre de recherche, Institut de cardiologie de Montréal, Département de science de l'exercice, Université Concordia, Montréal Behavioural Medicine Centre (MBMC), Montréal Canada.

²PhD, Chercheur-Boursier, FRSQ, professeure agrégée de psychologie, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM), Co-Directrice, Montreal Behavioural Medicine Centre (MBMC), Director of Behavioral Medicine, Chest Medicine, Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal (Canada), CP 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, H3C 3P8 Canada.
k-lavoie@crhsc.rtss.qc.ca

left with the patient, as they ultimately decide if and when to take action on a particular health behavior. This represents a unique departure from traditional medicine, where health professionals have long felt responsible for making patients better and has emphasized "advice-giving". In contrast, MI encourages empowering patients to take responsibility for their health and well being, where health professionals only serve as coaches or counsellors in the behavior change process. This paper describes the theoretical background of MI and its clinical applications. An ongoing clinical trial assessing the efficacy of MI on medication adherence in asthma patients will be presented as an example, and the efficacy of MI will be briefly described.

Key words: *motivational interviewing, health behaviors, behavioural interventions, motivation, adherence.*

La plupart des maladies chroniques telles que l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'obésité sont liées à une mauvaise hygiène de vie. Plusieurs recherches ont retrouvé que des attitudes saines vis-à-vis de la santé amélioreraient la condition physique et prévenaient la morbidité et la mortalité associées aux maladies (*Center for Disease Control and Prevention, 2008*). La modification de comportements à risque tels que le tabagisme, les régimes riches en sucre ou en sel ou l'inactivité permet non seulement d'améliorer la prise en charge des maladies, mais de les prévenir. Malgré tous les efforts déployés pour informer le public sur l'importance de changer les comportements nocifs en santé (*Bundy, 2004 ; Levy, Chaloupka et Gitchell, 2004*), les recommandations restent difficiles à suivre (*Center for Disease Control and Prevention, 2008*).

En fait, les interventions traditionnelles (éduquer, conseiller) sont souvent inefficaces pour entraîner chez la majorité des patients des changements significatifs de comportements ou d'habitudes de vie et à les maintenir (*Bundy, 2004 ; Rollnick, Butler, Kinnersley, Gregory et Mash, 2010*). Par exemple, malgré la disponibilité de traitements efficaces, 58 % des asthmatiques contrôlent mal leur asthme (*Chapman, Boulet, Rea et Franssen, 2008*). Une des raisons de l'échec des interventions traditionnelles est qu'elles ne tiennent pas compte de la motivation du patient à changer, c'est-à-dire sa volonté de changer (priorité), sa disposition à changer (importance) et sa capacité à changer (confiance) (*Miller et Rollnick, 1991 ; Rollnick, Miller et Butler, 2008*). Si on considère que le comportement est le résultat des interactions entre les croyances et les émotions, il est essentiel d'en tenir compte pour aider le patient à modifier ses habitudes de vie (*Bundy,*

2004). L'annonce d'un diagnostic médical et/ou la connaissance des risques associés à un comportement sont insuffisantes pour provoquer un changement de comportements nocifs en santé (*Bundy, 2004 ; Marteau et Lerman, 2001*). Le patient a besoin de croire que de changer est important et possible (*Kok, Borne et Dolan Mullen, 1997*). Il est aussi essentiel d'évaluer l'importance accordée au changement, aux coûts, aux bénéfices et aux obstacles associés, à la confiance dans ses capacités à changer ainsi qu'au soutien reçu (*Bundy, 2004*).

Dans cet article seront décrits les concepts de base de l'entretien motivationnel (EM) et les applications cliniques de cette approche. Il sera illustré par un essai clinique en cours sur l'efficacité de l'EM sur l'observance aux traitements médicamenteux chez les asthmatiques. Enfin, une évaluation de l'efficacité de l'EM pour modifier les comportements en santé sera présentée.

L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel (EM) n'est pas une forme de psychothérapie, mais un mode de communication ou un style relationnel bref, directif, centré sur le patient, qui utilise des techniques motivationnelles et cognitivo-comportementales (*Miller et Rollnick, 1991 ; Rollnick et Miller, 1995*). Il vise à soutenir et encourager le patient à identifier et changer ses comportements à risque sans lui imposer le changement et en évitant la confrontation. Il s'agit de susciter sa motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de l'ambivalence (*Miller et Rollnick, 1991*). Cette approche encourage le patient à verbaliser son ambivalence face au changement (« je veux arrêter de fumer, mais ça me détend ») pour l'aider à résoudre cette ambivalence et renforcer sa motivation (*Miller et Rollnick, 1991*). Plus précisément, le thérapeute explore les avantages et les inconvénients induits par le

changement et ceux liés au statu quo. Il renforce le « discours-changement » chez son patient (arguments en faveur du changement et inconvénients liés au statu quo) et diminue la résistance (arguments en faveur du statu quo et inconvénients liés au changement), le déni et la passivité (Rollnick *et al.*, 2010). Le discours-changement se reconnaît lorsque le patient admet son problème, aborde ses inquiétudes face à celui-ci et parle de son intention de changer et de son degré d'optimisme face au changement (Miller et Rollnick, 1991).

L'EM vise à favoriser l'autonomie du patient et privilégie une relation respectueuse et constructive avec le thérapeute. Le patient est considéré comme un expert de ses expériences de vie. Le thérapeute donne les grandes lignes de la consultation et fournit l'information et des plans d'action en respectant ce qui appartient au patient, notamment sa décision de changer, la nature des comportements à modifier, les moyens d'action et le moment du changement (Rollnick *et al.*, 2010). Autrement dit, la responsabilité du changement est du ressort du patient, encouragé à évoquer les arguments pour ou contre le changement, ses motivations, ses croyances, ses objectifs et ses solutions.

L'EM est caractérisé par deux phases principales. La première est la phase d'exploration, où le thérapeute tente de comprendre la situation globale du patient, à l'aide de l'écoute réflexive (reformuler pour guider le patient et lui montrer qu'il est écouté, compris) afin de minimiser sa résistance et d'augmenter sa motivation. La deuxième phase, dite de consolidation, vise à engager le patient vis-à-vis du changement en explorant et en renforçant les actions à prendre en fonction de ses valeurs et buts personnels (Miller et Rollnick, 2002).

Les professionnels de santé pensent, souvent à tort, que les patients souffrant de maladies chroniques suivent naturellement les prescriptions médicales, en particulier les traitements médicamenteux (Barr, Somers, Speizer et Camargo, 2002 ; Bender, Milgrom et Rand, 1997) La motivation du patient se situe plutôt sur un continuum et est souvent opposée à celle du professionnel qui le traite (J.O. Prochaska et Velicer, 1997) L'écart entre les motivations réelles des patients et celles des soignants peut expliquer pourquoi des traitements sont prescrits à des patients qui ne sont absolument pas prêts à les suivre, diminuant du coup l'alliance thérapeutique et l'efficacité de l'intervention (Rollnick, Mason et Butler, 1999).

L'EM a été développé dans le cadre du modèle transthéorique développé au début des années 80 par Prochaska et Diclemente (J.O. Prochaska

et Diclemente, 1983) Ce modèle a distingué cinq stades de changement (précontemplation, contemplation, décision-planification, action et maintien) par lesquels évoluent les individus selon leur motivation et leur confiance dans leur capacité d'initier et de maintenir un changement (J.O. Prochaska et Velicer, 1997) Avant d'intervenir, le professionnel de santé évalue les motivations au changement, c'est-à-dire à quel stade se situe le patient. Par exemple, si un patient rapporte ne pas se sentir concerné par son diabète (précontemplation),

Tableau I. Les 4 principes d'intervention fondamentaux de Miller et Rollnick (1991).

<p>1. Faire preuve d'empathie L'empathie est une qualité essentielle de l'intervenant qui utilise l'EM. En étant capable de concevoir ce que le patient pense et ressent, même s'il ne l'approuve pas, le thérapeute favorise un climat d'ouverture primordial au travail de collaboration avec le patient.</p>
<p>2. Développer les divergences Le thérapeute crée, amplifie ou reflète l'écart entre les représentations du patient sur ses valeurs et sa situation actuelle. Une meilleure compréhension de la façon dont les comportements du patient influencent ses capacités à atteindre ses objectifs permet d'augmenter sa motivation.</p>
<p>3. Éviter d'argumenter : rouler avec la résistance Le thérapeute évite la confrontation avec le patient et « roule avec la résistance » lorsqu'elle se présente. Tenter de « régler » les problèmes, de convaincre, de contester, d'argumenter, de conseiller ou de proposer des solutions ont plutôt tendance à renforcer les convictions du patient à ne pas changer, voire à s'opposer à la démarche de changement (« oui, mais ») (Miller, Benefield et Tonigan, 1993) Le thérapeute va plutôt utiliser la résistance pour faire cheminer son patient vers le changement.</p>
<p>4. Nourrir le sentiment d'efficacité personnelle L'EM s'efforce d'évaluer les motivations du patient au changement, en particulier si celui-ci y est prêt, ainsi que son degré de confiance dans ses capacités à changer (auto-efficacité). Une faible confiance en ses capacités peut constituer un obstacle majeur. Il importe donc de renforcer les capacités du patient à croire dans son potentiel actuel et futur (Assaad, Zozula, Kayser et Gélinau, 2010).</p>

il sera très probablement inutile d'engager une discussion avec lui sur l'importance de prendre ses médicaments comme ils lui ont été prescrits sur l'ordonnance. Lorsque le patient pense à mieux prendre ses médicaments, mais rencontre des difficultés (contemplation), le but de l'EM sera de tenter de l'engager dans une discussion sur son ambivalence et d'explorer les désavantages et avantages du changement dans le but de le faire progresser du stade de contemplation au stade de préparation (*Tableau 1*).

Stratégies de l'entretien motivationnel

Poser des questions ouvertes, faire de l'écoute réflexive, échanger de l'information (« solliciter-fournir-solliciter » ou « demander-écouter-informer en demandant la permission »), valoriser les forces et les efforts du patient, résumer l'information, reformuler et recadrer de façon ciblée constituent autant de stratégies à utiliser dans le cadre de l'EM qui permettent de susciter un discours-changement, d'explorer l'ambivalence, de répondre aux résistances et de renforcer la relation thérapeutique (*Rollnick et al., 2010*). Le thérapeute vise à faire ressortir chez le patient les arguments en faveur du changement sans lui imposer, en lui accordant le temps nécessaire pour exprimer son ambivalence. Il répond à la résistance et aux tensions de façon constructive, par exemple, en étant sincère face à son propre rôle et en tenant compte du rythme et des attentes du patient (*Rollnick et Allison, 2004*).

Applications cliniques de l'entretien motivationnel

En mars 2010, plus de 1 300 citations liées à l'EM étaient répertoriées dans les bases de données Ovid, Medline et PsycINFO (*Assaad et al., 2010*). L'EM a fait l'objet de nombreuses études dans le domaine des addictions (tabac, alcool, drogues, jeu pathologique) (*Heather, Rollnick, Bell et Richmond, 1996 ; Petry et Armentano, 1999 ; Project Match Research Group, 1997 ; Saunders, Wilkinson et Philips, 1995 ; Soria, Legido, Escolano, Lopez Yeste et Montoya, 2006*). Dans le milieu médical, cette approche est de plus en plus utilisée dans un cadre de prévention, pour aider les patients à modifier certains comportements à risque fréquemment retrouvés dans des problèmes de santé tels que l'obésité, le diabète, l'hypercholestérolémie, l'hypertension

artérielle, certaines maladies cardiovasculaires, l'asthme ou l'infection à VIH (*Borrelli, Riekert, Weinstein et Rathier, 2007 ; DiLillo, Siegfried et Smith West, 2003 ; Resnicow et al., 2002 ; Rubak, Sandboek, Lauritzen et Christensen, 2005 ; Smith West, DiLillo, Bursac, Gore et Greene, 2007*). L'EM peut aussi être indiqué dans l'arrêt du tabac, les recommandations diététiques, la pratique d'exercices physiques, l'hygiène dentaire et l'observance aux traitements médicamenteux et ce, tant chez les enfants, les adolescents et les adultes en bonne santé que ceux à risque ou atteints de maladies somatiques ou psychiatriques (*Burke, Arkowitz et Menchola, 2003 ; Julius, Novitsky et Dubin, 2009 ; Levensky, Forcehimes, O'Donohue et Beitz, 2007 ; Lundahl et Burke, 2009 ; Martins et McNeil, 2009 ; Resnicow et al., 2002 ; Rubak et al., 2005 ; VanWormer et Boucher, 2004 ; Vasilaki, Hosier et Cox, 2006 ; Yevlahova et Satur, 2009*). L'EM peut donc s'appliquer à de multiples domaines et être utilisé par tous les acteurs professionnels (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, sages-femmes, médecins, nutritionnistes, éducateurs en santé, etc.) (*Resnicow et al., 2002 ; Rubak et al., 2005*).

L'EM est particulièrement intéressant pour les médecins qui sont limités par des contraintes de temps importantes. Une seule question suffit pour évaluer le degré de motivation au changement et pour savoir si le patient est prêt à recevoir des informations ou s'il est nécessaire d'utiliser l'EM pour explorer son ambivalence (par exemple, « comment vous sentez-vous par rapport à votre poids/votre forme physique/ votre consommation d'alcool ou de tabac ? ») (*Sim, Wain et Khong, 2009*).

Afin d'illustrer cette approche, voici l'exemple d'une recherche portant sur l'amélioration de l'observance médicamenteuse chez les patients souffrant d'asthme. De nombreuses études ont évalué l'efficacité de l'EM pour améliorer l'observance aux traitements médicamenteux (*Konkle-Parker, 2001 ; Levensky et al., 2007*). Cependant, aucun essai clinique randomisé n'a évalué l'efficacité de l'EM sur l'observance aux traitements médicamenteux chez les patients asthmatiques, une maladie qui atteint pourtant 7 % à 10 % de la population nord américaine (*CDC, 2006*.) Une étude canadienne a pour but d'évaluer l'efficacité de l'EM pour améliorer l'observance aux corticostéroïdes inhalés dans le traitement de l'asthme (*GINA Dissemination Committee, 2003*). Un total de 100 patients « non observants » sera recruté dans une

clinique ambulatoire pour les patients asthmatiques à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Les patients éligibles compléteront des évaluations, en particulier de la fonction pulmonaire, de l'auto-efficacité, du contrôle de l'asthme et de la qualité de vie. Ils seront ensuite assignés au hasard dans un groupe expérimental (traitement habituel + EM ; n=50) et dans un groupe contrôle (traitement habituel seul ; n=50). L'observance au traitement (pourcentage de prescriptions de corticostéroïdes inhalés renouvelés dans les pharmacies) sera évaluée 6 et 12 mois après l'intervention, à l'aide des mêmes outils qu'initialement. L'EM sera bref, comprenant trois sessions de 15 à 30 minutes. Des données préliminaires sur 25 patients (15 dans le groupe EM et 10 dans le groupe contrôle) ont indiqué que six mois après la randomisation, 20 % de ceux ayant bénéficié de l'EM ont renouvelé leur prescription de corticostéroïdes inhalés (augmentation moyenne des prescriptions renouvelées de 0,196) contre 0 % dans le groupe contrôle (augmentation moyenne des prescriptions renouvelées de 0,004). Les résultats complets de cette étude seront disponibles à la fin de l'année 2011, d'ores et déjà, les premiers résultats indiquent que l'EM semble avoir un intérêt pour améliorer l'observance aux traitements médicamenteux chez les patients asthmatiques. Cette intervention pourra servir en pratique clinique et dans les programmes d'éducation thérapeutique chez les patients asthmatiques et permettre de diminuer les conséquences négatives liées à cette pathologie.

Évaluation de l'efficacité de l'entretien motivationnel

Dans le champ des addictions et même de la violence, l'EM a fait la preuve de son efficacité pour modifier les comportements d'adultes et d'adolescents (J. Hettema, Steele et Miller, 2005 ; Jensen *et al.*, 2011 ; Project Match Research Group, 1997 ; Smedslund *et al.*, 2011 ; Walton *et al.*, 2010). En médecine comportementale, l'EM a montré des effets positifs, cependant parfois modestes pour réduire des comportements à risque et favoriser les comportements de santé, notamment l'observance aux traitements médicamenteux, une saine alimentation et l'exercice physique (J. Hettema *et al.*, 2005).

Une des premières méta-analyses évaluant l'efficacité de l'EM a analysé 30 essais cliniques randomisés, entre autres, sur les addictions, les comportements sexuels à risque,

l'observance aux traitements médicamenteux ainsi que l'application des recommandations diététiques et d'exercice physique (Burke *et al.*, 2003). Cette méta-analyse a confirmé l'efficacité de l'EM en termes de modifications de comportements dans le champ des addictions (alcool et drogue), de la nutrition et de l'exercice physique par rapport à l'absence d'intervention. Globalement, l'efficacité de l'EM était comparable à celle d'autres formes de traitements (par exemple : conseils liés à la nutrition, interventions cognitivo-comportementales telles que la prévention de la rechute). L'étude a révélé des changements de comportements durables : en général, les sujets qui avaient bénéficié de l'EM ont maintenu leurs acquis sur une période de quatre ans. Par ailleurs, dans cette méta-analyse, l'EM ne s'est pas montrée supérieure lorsqu'appliquée au tabagisme et aux comportements sexuels à risque. L'analyse n'incluait toutefois que deux études, réduisant potentiellement la capacité de trouver un résultat significatif. Plus récemment, deux méta-analyses portant sur 31 essais cliniques visant l'abstinence tabagique ont montré, pour leur part, l'efficacité de l'EM dans ce domaine, tant chez les adultes que chez les adolescents (Heckman, Egleston et Hofmann, 2010 ; J.E. Hettema et Hendricks, 2010).

Une revue systématique avec méta-analyse de 72 essais cliniques randomisés visant la modification de comportements liés à la santé a montré que l'EM était efficace pour aider les sujets à modifier leurs comportements, en particulier dans certains troubles psychiatriques, dans l'obésité, le diabète ou l'asthme (Rubak *et al.*, 2005). L'efficacité de l'EM était supérieure dans 75 % des cas environ à celle des interventions traditionnelles (par exemple : interventions de conseils). Bien que moins efficace lorsque venait le temps de réduire le nombre de cigarettes consommées quotidiennement et le taux de glucose sanguin, l'EM s'est avéré efficace pour diminuer l'indice de masse corporelle, le cholestérol sanguin, la tension artérielle systolique et les taux moyens d'alcoolémie. L'efficacité était indépendante du type d'intervenants qui le dispensait (psychologues, médecins, infirmiers, nutritionnistes, sages-femmes). Dans cette méta-analyse, l'efficacité de l'EM était proportionnelle à la durée et aux nombres de rencontres. Cependant, une seule session de 20 minutes commençait à produire des résultats significatifs. Il faut souligner que parmi les 72 études recensées, aucune n'a rapporté d'effets indésirables.

Lundahl et Burke ont analysé les résultats de quatre méta-analyses qui ont retrouvé que l'EM était significativement plus efficace par rapport à l'absence de traitement, mais comparable aux autres traitements habituels (par exemple : thérapie cognitivo-comportementale) pour réduire l'abus de substances et les comportements à risque (sexe non protégé et partage de seringue) ainsi qu'augmenter l'engagement du patient dans le traitement (Lundahl et Burke, 2009). Cette étude a également souligné que les changements associés à l'EM étaient durables dans le temps (six mois minimum) et qu'ils n'avaient nécessité qu'environ deux sessions de 50 minutes en moyenne. Enfin, cette étude n'a pas retrouvé de différences d'efficacité des EM en fonction du sexe.

Knight, McGowan, Dickens et Bundy (2006) dans leur revue systématique, ont identifié huit études dans le domaine de la santé (diabète, asthme, hypertension, hyperlipidémie et maladie cardiaque) qui ont retrouvé un effet positif de l'EM sur plusieurs variables psychologiques et physiologiques et sur les changements d'habitude de vie. Enfin, une synthèse de 37 revues et méta-analyses publiées en 2009 sur l'EM dans le domaine de la santé a retrouvé des résultats positifs concernant les régimes alimentaires, l'exercice physique, le diabète et l'hygiène dentaire (Martins et McNeil, 2009).

Selon Miller *et al.*, l'absence de confrontation par le thérapeute constituerait un élément clé dans l'efficacité de l'approche (Miller *et al.*, 1993) En effet, le climat de collaboration, de

confiance et d'empathie que l'EM véhicule, ainsi que le respect du patient, de son autonomie, de ses valeurs et de ses opinions servent de guide pour le soignant, qui aide le patient à trouver ses propres buts et solutions (Sommer, Rieder-Nakhlé et Gache, 2007). Le fait que l'EM puisse être utilisé au sein de différents contextes pour des comportements très différents et qu'il permette de gagner du temps a contribué également à son succès (Rollnick *et al.*, 2010). Néanmoins, d'autres études plus larges restent nécessaires pour comprendre les ressorts thérapeutiques inhérents à l'EM et pour évaluer les possibilités de diffusion plus large de l'EM en pratique clinique quotidienne.

Conclusions

D'après la littérature, l'EM est plus efficace par rapport à l'absence de traitement et généralement plus efficace ou du moins équivalent aux traitements habituels. L'EM est donc une approche prometteuse pour modifier des comportements, notamment des comportements nocifs pour la santé et pour prévenir l'apparition de problèmes de santé. Cette approche peut ainsi contribuer à améliorer la santé de la population. Les médecins, en particulier, ont un rôle clé pour susciter chez leurs patients des modifications des habitudes de vie. Cette approche n'est cependant pas réservée aux médecins et peut également être utilisée avec profit par les autres intervenants en santé, ce qui devrait contribuer à son succès futur. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Assaad, J.-M., Zozula, L., Kayser, J.W., Gélinau, M.-C. (2010). L'entrevue motivationnelle. Lorsque nos clients ne suivent pas nos consignes de traitement. *Psychologie Québec*, 27(3), 28-31.
2. Barr, R.G., Somers, S.C., Speizer, F.E., Camargo, C.A., Jr. (2002). Patient factors and medication guideline adherence among older women with asthma. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1761-1768.
3. Bender, B., Milgrom, H., Rand, C. (1997). Nonadherence in asthmatic patients : is there a solution to the problem ? *Annals of Allergy Asthma and Immunology*, 79, 177-185.
4. Borrelli, B., Riekert, K.A., Weinstein, A., Rathier, L. (2007). Brief motivational interviewing as a clinical strategy to promote asthma medication adherence. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 120(5), 1023-1030.
5. Bundy, C. (2004). Changing behaviour : using motivational interviewing techniques. *Journal of The Royal Society of Medicine*, 97(44), 43-47.
6. Burke, B.L., Arkowitz, H., Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing : A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843-861.
7. CDC, N.C.f.H.S. (2006.). Asthma prevalence, health care use and mortality : United States, 2003-05. Retrieved September 25, 2008, from <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/asthma03-05/asthma03-05.htm>
8. Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2008). Chronic disease prevention (publication. Retrieved 25 May 2010 : <http://www.cdc.gov/nccdphp>
9. Chapman, K.R., Boulet, L.P., Rea, R.M., Franssen, E. (2008). Suboptimal asthma control : prevalence, detection and consequences in general practice. *European Respiratory Journal*, 31, 320-325.
10. DiLillo, V., Siegfried, N.J., Smith West, D.

- (2003). Incorporating motivational interviewing into behavioral obesity treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(2), 120-130.
11. GINA dissemination committee. (2003). *Dissemination and implementation of asthma guidelines* : Global initiative for asthma.
 12. Heather, N., Rollnick, S., Bell, A., Richmond, R. (1996). Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug Alcohol Review*, 15, 29-38.
 13. Heckman, C., Egleston, B., Hofmann, M. (2010). Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation : a systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control* 19, 410-416.
 14. Hettema, J., Hendricks, P. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation : a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78, 868-884
 15. Hettema, J., Steele, J., Miller, W.R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
 16. Jensen, C., Cushing, C., Aylward, B., Craig, J., Sorell, D., Steele, R. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change : A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 433-440.
 17. Julius, R.J., Novitsky, M.A., Dubin, W.R. (2009). Medication adherence : a review of the literature and implications for clinical practice. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(1), 34-44.
 18. Knight, K.M., McGowan, L., DICKENS, C., Bundy, C. (2006). A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *British Journal of Health Psychology*, 11, 319-332.
 19. Kok, G., Borne, B.V.D., Dolan Mullen, P. (1997). Effectiveness of health education and health promotion : meta-analyses of effect studies and determinants of effectiveness. *Patient Education and Counseling*, 30(1), 19-27.
 20. Konkle-Parker, D.J. (2001). A motivational intervention to improve adherence to treatment of chronic disease. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 13(2), 61-68.
 21. Levensky, E.R., Forcehimes, A., O'Donohue, W.T., Beitz, K. (2007). Motivational interviewing : An evidence-based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations. *American Journal of Nursing*, 107(10), 50-58.
 22. Levy, D.T., Chaloupka, F., Gitchell, J. (2004). The effects of tobacco control policies on smoking rates : a tobacco control scorecard. *Journal of Public Health Management and Practice*, 10(4), 338-353.
 23. Lundahl, B., Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing : a practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1232-1245.
 24. Marteau, T.M., Lerman, C. (2001). Genetic risk and behavioural change. *British Medical Journal*, 322(7293), 1056-1059.
 25. Martins, R.K., McNeil, D.W. (2009). Review of motivational interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 283-293.
 26. Miller, W.R., Benefield, R.G., 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), 455-461.
 27. Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing*. London : Guilford Press.
 28. Miller, W.R., Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing : preparing people for change* (Vol. 2). New York : Guilford.
 29. Petry, N.M., Armentano, C. (1999). Prevalence, assessment, and treatment of pathological gambling : a review. *Psychiatr Services*, 50(8), 1021-1027.
 30. Prochaska, J.O., DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking : towards an integrated model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
 31. Prochaska, J.O., Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
 32. Project Match Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity : Project Match posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
 33. Resnicow, K., Dilorio, C., Soet, J.E., Borrelli, B., Hecht, J., Ernst, D. (2002). Motivational interviewing in health promotion : it sounds like something is changing. *Health Psychology*, 21(5), 444-451.
 34. Rollnick, S., Allison, J. (2004). Motivational interviewing. In Nick Heather and Tim Stockwell (Ed.), *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 105-115). England : John Wiley and Sons, Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester.
 35. Rollnick, S., Butler, C.C., Kinnersley, P., Gregory, J., Mash, B. (2010). Motivational interviewing. *British Medical Journal*, 340, c1900.
 36. Rollnick, S., Mason, P., Butler, C. (1999). *Health behavior change : a guide for practitioners*. Philadelphia, PA. : Churchill Livingstone.
 37. Rollnick, S., Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing ? *Behavioural Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
 38. Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C. (2008). *Motivational interviewing in health care*.

**Abonnez-vous à
Perspectives Psy**
La revue à laquelle vous ne pouvez pas ne pas être abonné
Voir Bulletin d'abonnement page 300 de ce numéro