



HAL
open science

Efficacité de l'entretien motivationnel dans les troubles psychiatriques hors addictologie

Marylise Chalon

► **To cite this version:**

Marylise Chalon. Efficacité de l'entretien motivationnel dans les troubles psychiatriques hors addictologie. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04243726

HAL Id: dumas-04243726

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04243726>

Submitted on 16 Oct 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

ANNEE 2023 - N° 23 – 118

**EFFICACITE DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL DANS LES TROUBLES
PSYCHIATRIQUES HORS ADDICTOLOGIE**

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le **9 octobre 2023 à 9 heures**

pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Marylise CHALON

Née le 11/05/1992 à Besançon (*Doubs*)

La composition du jury est la suivante :

Président : . Emmanuel HAFFEN Professeur des Universités

Directrice de la thèse : . Oriane THIEBAUD Docteur en médecine

Juges : . Sylvie NEZELOF Professeur des Universités

. Gilles BERTSCHY Professeur des Universités

ANNEE 2023 - N° 23 – 118

***EFFICACITE DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL DANS LES TROUBLES
PSYCHIATRIQUES HORS ADDICTOLOGIE***

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 9 octobre 2023

pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Marylise CHALON

Née le 11/05/1992 à Besançon (*Doubs*)

La composition du jury est la suivante :

Président : . Emmanuel HAFFEN Professeur des Universités

Directrice de la thèse : . Oriane THIEBAUD Docteur en médecine

Juges : . Sylvie NEZELOF Professeur des Universités

. Gilles BERTSCHY Professeur des Universités

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE
BESANÇON

DIRECTEUR	P PROFESSEUR THIERRY MOULIN	
DIRECTEURS ADJOINTS	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR EMMANUEL HAFFEN	DIRECTEUR DES ÉTUDES
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	MME CAROLE COINTEAU	
DÉPARTEMENT MÉDECINE		
	PROFESSEUR Emmanuel Haffen	DIRECTEUR DES ÉTUDES
	PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS	ASSESEUR 1ER CYCLE
	PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE	ASSESEURS 2ÈME CYCLE
	PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE	ASSESEURS 3ÈME CYCLE
	PROFESSEUR THIBAUT DESMETTRE	COORDINATEUR MÉDECINE
	PROFESSEUR BENOIT DE BILLY	COORDINATEUR CHIRURGIE
	PROFESSEUR JEAN-MICHEL PERROT	COORDINATEUR MÉDECINE GÉNÉRALE
DÉPARTEMENT PHARMACIE		
	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR LHASSANE ISMAILI	DIRECTEUR DES ÉTUDES
	PROFESSEUR SAMUEL LIMAT	COORDINATEURS 3È CYCLE
	PROFESSEUR VIRGINIE NERICH	
DÉPARTEMENT MAÏEUTIQUE		
	BÉATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
	STÉPHANIE PARIS (SAGE-FEMME)	
	DOCTEUR NICOLAS MOTTET (MCU-PH)	
DÉPARTEMENT ODONTOLOGIE (PROVISOIRE)		
	DOCTEUR EDOUARD EUVRARD (PAST)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
	PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER	
DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : ORTHOPHONIE		
	ALAIN DEVEVEY (MCF)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
	PROFESSEUR ELOI MAGNIN	
DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : KINÉSITHÉRAPIE		
	CHRISTOPHE DINET (KINÉSITHÉRAPIE - BESANÇON)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
	ALEXANDRE KUBICKI (KINÉSITHÉRAPIE - MONTBÉLAIRD) (MCF)	
	DOCTEUR PIERRE DECAVEL (MCU-PH)	

DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE

GAELE BLERVAQUE (MAST) COORDINATRICES PÉDAGOGIQUES
JULIE LAPREVOTTE (MAST)

DÉPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

ALINE CHASSAGNE (MAST) COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS IFSI)
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN
(MCU-PH)
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER

DÉPARTEMENT DE PÉDAGOGIE

PROFESSEUR CLÉMENT PRATI RESPONSABLE
PROFESSEUR SÉBASTIEN PILI-FLOURY CENTRE DE SIMULATION
PROFESSEUR BENOIT DINET
DOCTEUR FRANK VERHOEVEN
STÉPHANIE PARIS (MAÏEUTIQUE)
MARC PUDLO (PHARMACIE)
ALAIN DEVEVEY (RÉÉDUCATION)
VÉRONIQUE GRATTARD (RÉÉDUCATION)
LAURENCE GANDON (INFIRMIER)

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF ASSESSEUR

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL ASSESSEUR RECHERCHE -
PRÉSIDENTE
PROFESSEUR FRÉDÉRIC AUBER VICE-PRÉSIDENT

CHARGÉS DE MISSIONS*FORMATION CONTINUE*

PROFESSEUR RÉGIS AUBRY COORDINATEURS
MME SYLVIE DEVAUX (MCF)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

PROFESSEUR LAURENT TATU COORDINATEURS
DOCTEUR PHILIPPE MERCET

RELATIONS INTERNATIONALES

PROFESSEUR KATY JEANNOT COORDINATEURS
DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)
DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)

ALUMNI-USB

PROFESSEUR GILLES CAPELLIER COORDINATEUR
PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE) PRÉSIDENT HONORAIRE

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Sébastien	AUBRY	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE (DISPONIBILITE)
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
Mme	Cindy	BARNIG	PNEUMOLOGIE
Mme	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	BESCH	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	BIBEAU	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Mme	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M	Gilles	CAPELLIER	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
Mme	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	CHOPARD	CARDIOLOGIE
M	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLoux	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Paul	KUENTZ	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGÉNÉTIQUE
M.	Zaher	LAKKIS	CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Mme	Nadine	MAGY-BERTRAND	MEDECINE INTERNE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	MICHEL	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION (DISPONIBILITE)
Mme	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
Mme	Elisabeth	MONNET	EPIDÉMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION

(RETRAITE LE 01/11/22)

M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE
Mme	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	PERROTTI	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Sébastien	PILI-FOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	PITON	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
Mme	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Antoine	TRACQUI	MÉDECINE LÉGALE
M.	Pierre	TIBERGHIE	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE D'ADULTES
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
Mme	Lauriane	VULLIEZ COADY	PEDO-PSYCHIATRIE
Mme	Lucine	VUITTON	GASTRO-ENTÉROLOGIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE
Mme	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MÉDECINE LÉGALE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Mme	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Mme	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	AMIOT	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGÉNÉTIQUE
Mme	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE

M.	Matthieu	BEREAU	THÉRAPEUTIQUE
Mme	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	BOILLER	MALADIES INFECTIEUSES (DÉLÉGATION MISSION D'ÉTUDE)
M.	Yann	CHAUSSY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Mme	Elsa	CURTTI	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	DESMARETS	ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMISE DE LA SANTÉ ET PREVENTION
Mme	Anne-Sophie	GAUTHIER	OPHTALMOLOGIE
M.	Quentin	LEPILLER	BACTÉRIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
M.	François	LOISEL	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M.	Nicolas	MOTTET	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
M	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Mme	Charlée	NARDIN	DERMATOLOGIE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Isabelle	PLUVY	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE (DÉLÉGATION MISSION D'ÉTUDE)
Mme	Anaïs	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
Mme	Lucie	SALOMON DU MONT	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
Mme.	Delphine	WEIL- VERHOEVEN	HÉPATOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Régis	AUBRY	PR associé THÉRAPEUTIQUE
M.	Rémi	BARDET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Francis	BERTHIER	PR associé ANESTHÉSIE-RÉANIMATION
Mme	Anne-Lise	BOLOT	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoît	DINET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Edouard	EUVRARD	PR associé CHIRURGIE ORALE (ODONTOLOGIE)
M.	Chong Hun Stephano	KIM	PR associé ONCOLOGIE
Mme	Aurore	LEBEAU-JEUNET	MCF ASSOCIE MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thierry	LEPETZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	MORENO	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Jean-Michel	PERROT	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thomas	RODRIGUEZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Esther	SZWARC	MCF associé SANTÉ AU TRAVAIL
Mme	Anne-Lise	TREMEAU	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE

Mme	Corine	GIRARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	LIRUSSI	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE
Mme	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEUR EMÉRITE

Mme	Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
-----	----------	--------------	---------------------

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mme	Aurélie	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
Mme	Céline	BOUVIER-SLEKOVEC	HYGIÈNE PRÉVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	DEVAUX	PHYSIOLOGIE
Mme	Jeanne	GALAINE	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Marie	KROEMER	SCIENCES DU MÉDICAMENT ET AUTRES PRODUITS DE SANTÉ
Mme	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Florian	RENOSI	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
Mme	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M	Lionel	PAZART	PAST PHARMACIE SCIENCES DU MÉDICAMENT
Mme	Florence	VAN LANDUYT	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

PROFESSIONS DE SANTÉ

M.	Alain	DEVEVEY	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE
M	Alexandre	KUBICKI	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION - KINÉSITHÉRAPIE
MME	Geneviève	MERELLE	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Sophie	SALTARELLI	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Christine	BRET-LEGRAND	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Aline	CHASSAGNE	MAST SCIENCES INFIRMIÈRES
MME	Gaelle	BLERVAQUE	MAST ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE
MME	Julie	LAPREVOTTE	MAST ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE

AUTRES ENSEIGNANTS

MME Lise
MME Vanessa
M. Nicolas
MME Eleana

FIARDET
MARTIN
MICHAUD
SANCHEZ

PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
PROFESSEUR AGRÉGE ANGLAIS
PROFESSEUR AGRÉGE ANGLAIS

Mise à jour 06/09/2022

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Sommaire

Liste des abréviations

Introduction

Méthode

Résultats

Discussion

Conclusion

Bibliographie

Table des matières

Imprimatur

Liste des abréviations

7 Day PAR : *7 Day Physical Activity Recall*

A

ACES : *Anxiety Change Expectancy Scale*

ADIS-5 : *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5*

B

BDI : *Beck Depressive Inventory*

C

CBT : *cognitive behavioral therapy*

CGI-I : *Clinical Global Impression Improvement Scale*

CGI-S : *Clinical Global Impression - Severity Scale (CGI-S)*.

CIM : *Classification internationale des Maladies*

CQ : *Change Questionnaire*

CRS : *Clinician Rate Severity*

D

DAI : *Drug Attitude Inventory (DAI)*

DASS : *Depression Anxiety Stress Scale*

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder*

E

EDE-Q : *Eating Disorder Examination Questionnaire*

EDC : *Episode Dépressif Caractérisé*

EM : *Entretien Motivationnel*.

H

HADS : *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HAM-D : *Hamilton Rating Scale for Depression*

HE : « *health education* »

I

IMI-SR : *l'Intrinsic Motivation Inventory for Schizophrenia*

K

K- 10 : *Kessler 10-item*

L

LCS : *Life Chart Schedule*

M

MAQ : *Medication Adherence Questionnaire*

MET : *Motivational Enhancement Therapy*

MI : *Motivational Interviewing*

N

NDC : *non directive counselling*

P

PANAS : *Positive and Negative Affect Scale*

PANSS : *Positive and Negative Syndrome Scale*

PHQ-9 : *Patient Health Questionnaire 9 item*

PSWQ : *Penn State Worry Questionnaire*

R

ROB-2 : *Version 2 of the Cochrane risk-of-bias tool*

RTQ : *Reaction to Treatment Questionnaire*

S

SATCI : *Schedule for assessing the three components of insight*

SCID : *Structured Clinical Interview for DSM-IV*

SC : *supporting counselling*

SCL 20 : *Hopkins Symptom Checklist*

SDS : *Sheehan Disability Scales*

SIAS : *Social Interaction Anxiety Scale*

SPS : *Social Phobia Scale*

SRMMA : *Self-Reported Measure of Medication Adherence*

STAI : *State Trait Anxiety Inventory*

T

TAG : *Trouble anxieux généralisé*

TAQ : *Treatment Ambivalence Questionnaire*

TCC : *Thérapie Cognitivo-Comportementale*

TOC : *Trouble Obsessionnel Compulsif*

TSPT : *Trouble du Stress Post-Traumatique*

TTT : *Traitement*

U

URICA : *University of Throde Island Stage of Change Assessment*

W

WEL : *Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire*

*« La fonction première du langage, derrière l'obtention d'informations, est le fait de motiver,
d'influencer le comportement de l'autre »*

Miller et Rollnick 2013

I. INTRODUCTION

I.1 L'entretien motivationnel

Miller et Rollnick définissent cliniquement l'entretien motivationnel (EM) ou *motivational interviewing* (MI) comme un style d'intervention centré sur la personne pour répondre au problème commun de l'ambivalence à propos du changement (1).

Les explications suivantes à propos de l'entretien motivationnel se basent en très grande majorité sur la 2^{ème} édition de l'entretien motivationnel de Miller et Rollnick de 2013.

I.1.1 Un peu d'histoire

William Miller raconte que dans les années 1980, le corps soignant percevait les patients ayant des troubles de l'abus aux substances comme des « menteurs pathologiques » avec une « personnalité immature » dans le déni, hors de la réalité. La prise en charge des addictions aux Etats-Unis était très souvent « autoritaire, de confrontation, souvent rabaissante, en lien avec un style d'intervention extrêmement directif » (1).

C'est à cette époque que William Miller travaille dans un service d'addictologie. Il explique que cette expérience lui a permis de réaliser que la relation thérapeutique était au centre du processus de changement. Si le thérapeute intervient d'une façon qui fait émerger l'attitude défensive et la contre-argumentation du patient, cela rend moins probable le changement. Cela confirme aussi le clinicien dans la croyance que les gens sont difficiles, résistants et intraitables. A l'image d'une prophétie auto-réalisatrice.

Cette expérience lui a permis de faire éclore dans son esprit une autre approche de la prise en charge de ses patients : l'entretien motivationnel. Il en fait la première description à l'occasion de rencontres avec un groupe de jeunes psychologues alors qu'il est en congé sabbatique. Une attention toute particulière est portée sur l'importance de répondre sélectivement au discours du patient, en renforçant les motivations de celui-ci à changer, dans une ambiance empathique et centrée sur la personne, inspirée de Carl Rogers. C'est le patient,

et non le thérapeute, qui verbalise les arguments en faveur du changement, et qui se convainc lui-même de changer.

Ce document a été ensuite publié en 1983, dans une version raccourcie, dans le *British Journal of Behavioral Psychotherapy*.

Un psychologue, Stephen Rollnick, découvre pour la première fois la notion d'entretien motivationnel à la publication de cet article. Les deux hommes se rencontrent ensuite en 1989 et écrivent la 1^{ère} édition du livre *Motivational interviewing : Preparing People to Change Addictive Behavior* (Miller et Rollnick, 1991). Une 2^{ème} édition a été publiée en 2001 (2).

I.1.2 Comment fonctionne l'entretien motivationnel

I.1.2.1 Ambivalence et réflexe correcteur

Chaque personne, dans de nombreuses situations, fait preuve d'ambivalence. L'ambivalence c'est vouloir et ne pas vouloir la même chose au même moment, ou de vouloir de façon simultanée deux choses incompatibles. La plupart des gens perçoivent à la fois les raisons de changer et les raisons de ne pas le faire. L'ambivalence est une étape importante sur la route du changement. C'est également très souvent l'étape où l'on reste bloqué.

Cette ambivalence se retrouve dans la parole, dans deux types de discours qui s'entremêlent : le discours changement, en faveur du changement et le discours maintien, en faveur du statu quo.

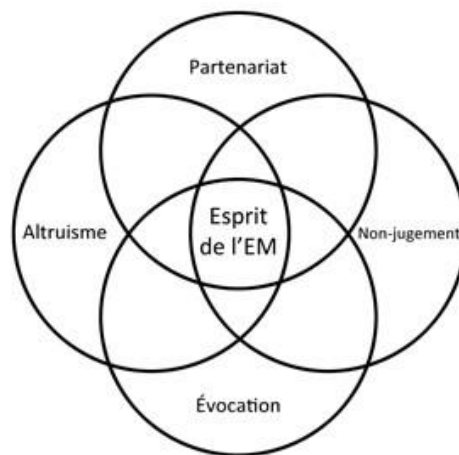
C'est lors de cette étape charnière qu'est l'ambivalence, qu'il faut prendre garde à ne pas user de son réflexe correcteur. Le réflexe correcteur est l'utilisation à l'excès d'un style directif, de manière inefficace voire contre-productive. Cette attitude naît du « désir de réparer » ce qui ne semble pas fonctionner chez les gens et les conduire rapidement dans une meilleure direction.

Cependant, l'utilisation de ce réflexe correcteur engendre le plus souvent de la résistance/réactance chez le patient. Le risque est de créer un « débat » où le soignant est l'avocat du « pour le changement » et le patient prend en contrepied la place du « contre le changement ».

L'entretien motivationnel a pour objectif de soutenir le propre discours changement du patient.

I.1.2.2 L'esprit de l'entretien motivationnel

C'est un élément clé de l'entretien motivationnel. Sans cet « esprit » qui le sous-tend, l'entretien motivationnel ne serait qu'une nouvelle version du réflexe correcteur, une bataille de traits d'esprit dans laquelle il s'agit de circonvenir son adversaire. L'esprit de l'entretien motivationnel est composé de 4 facettes :



Le partenariat : prône la relation égalitaire de deux experts. On considère le patient comme expert de sa propre vie, de sa propre expérience. L'idée est de poser une atmosphère interpersonnelle positive qui guide le patient vers le changement et non l'y contraint.

Le non-jugement : est en lien avec l'esprit de partenariat. Il s'agit d'accepter sans réserve ce que le patient apporte. Cette notion de non-jugement est enracinée dans le travail de Carl Rogers et l'entretien motivationnel en ressort 4 aspects :

- Porter sur le patient un « regard positif inconditionnel », reconnaître la valeur inhérente et le potentiel de tout être humain.

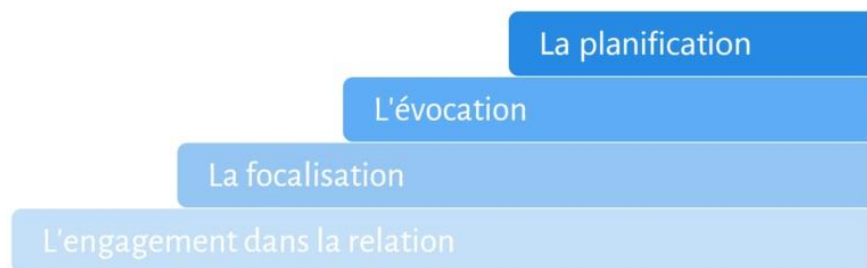
- Une empathie profonde. Carl Rogers décrit cela comme le fait de « ressentir comme s'il était nôtre, ce qu'est le monde intérieur du patient fait de significations personnelles - sans jamais perdre de vue qu'on agit comme si ».
- Soutien de l'autonomie, c'est-à-dire de reconnaître au patient son droit irrévocable et sa capacité à se diriger lui-même.
- Valorisation qui consiste à rechercher et reconnaître les capacités et les efforts de la personne.

L'altruisme : être altruiste, c'est promouvoir de façon active le bien-être de l'autre, de donner la priorité à ses besoins.

L'évocation : qui fait le postulat que les personnes possèdent leur propre sagesse et ont de bonnes raisons qui ont motivé leurs gestes antérieurs. Le soignant s'attache à rechercher et comprendre les points forts et les ressources du patient plutôt que d'évaluer les déficits.

I.1.2.3 Méthode de l'entretien motivationnel

La méthode de l'entretien motivationnel est représentée par des marches d'escalier. Chaque processus repose sur ceux qui l'ont précédé et continue à se dérouler en lui servant de socle.



Première marche : L'engagement dans la relation : « C'est le processus par lequel les deux parties établissent un contact utile et une relation de travail ». C'est le prérequis pour tout ce qui va suivre, le développement d'une alliance de soins.

Deuxième marche : La focalisation : C'est le processus par lequel on développe et maintient une direction précise dans la conversation sur le changement. C'est l'étape qui aide à clarifier la direction, l'horizon, le cap vers lequel on va se diriger, le changement que l'on souhaite voir émerger.

Troisième marche : L'évocation : Une fois que l'on a défini un ou plusieurs objectifs de changement lors de l'étape de la focalisation, on peut passer à la troisième marche de l'escalier. Evoquer consiste à faire émerger les motivations propres au changement du client, c'est le cœur de l'entretien motivationnel. Il s'agit de permettre au patient de verbaliser les arguments pour le changement, d'encourager sa motivation intrinsèque pour un changement positif.

Quatrième marche : La planification : Ce processus comprend à la fois le développement de l'engagement vers le changement et la formulation d'un plan d'actions précis.

Ces quatre processus nécessitent que le thérapeute possède des compétences essentielles en communication. Ces compétences, partagées avec d'autres approches, sont nécessaires tout le long de l'entretien motivationnel. On y retrouve en autres l'utilisation de questions ouvertes, de discours valorisant, d'écoute réflexive et de résumés.

I.1.3 Thérapie du développement motivationnel

Différentes adaptations de l'entretien motivationnel ont été réalisées afin de s'adapter à différents domaines (recherche, prévention en soins de premiers secours, etc.). La thérapie du développement motivationnel ou *Motivational Enhancement Therapy* en anglais (MET) est l'une d'entre elles. Elle a été développée pour le projet MATCH, une importante étude sur la dépendance à l'alcool. La MET est une version structurée de l'entretien motivationnel d'en général 4 sessions individuelles et planifiées (3).

I.2 Entretien motivationnel et ses utilisations

I.2.1 Entretien motivationnel et addictions

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'entretien motivationnel est apparu dans un premier temps dans la prise en charge des patients dépendant à l'alcool (1). De nombreuses études ont été réalisées afin d'en évaluer l'efficacité. Dès 1997, une revue de la littérature retrouvait une efficacité clinique (4).

Plus récemment, en 2009, deux revues de la littérature ont évalué respectivement l'effet de l'entretien motivationnel sur les troubles de l'usage des substances (en fonction du produit consommé : alcool, « drogues illicites », jeu pathologique et tabac) (5) et l'effet de l'entretien motivationnel sur les troubles de l'usage des substances chez des patients présentant des troubles psychiatriques sévères (6).

La première, regroupant 33 essais cliniques randomisés contrôlés, concluait que l'entretien motivationnel était efficace dans la prise en charge des patients dépendant à l'alcool comme dans celle des consommateurs de substances illicites. L'entretien motivationnel permettait d'abord l'adhésion aux soins, puis le maintien d'une abstinence, tout en réduisant les conséquences psychosociales et judiciaires liées à l'addiction. Par ailleurs, l'entretien motivationnel était aussi efficace que des thérapies telles que la Thérapie Cognitive-Comportementale (TCC) ou la thérapie familiale ; et la combinaison de ces thérapies avec l'entretien motivationnel en potentialisait les effets.

La deuxième revue avait inclus 54 études dont une méta-analyse, 30 études randomisées contrôlées et 23 études non expérimentales. L'entretien motivationnel permettait une réduction de la consommation de substances à court terme. Et l'association de l'entretien motivationnel avec une psychothérapie par TCC permettait d'améliorer la santé mentale des patients.

L'efficacité et l'intérêt de l'entretien motivationnel en addictologie ont donc été démontrés.

I.2.2 Extension de l'entretien motivationnel à d'autres domaines

Si l'entretien motivationnel a été développé initialement pour une utilisation en addictologie, son utilisation a été élargie à de nombreux autres domaines. Cela fait sens, car l'entretien motivationnel a été créé dans l'objectif de promouvoir un changement de comportement, et ce de façon non spécifique aux addictions.

Plusieurs revues et méta-analyses ont retrouvé une certaine efficacité de l'entretien motivationnel dans la prise en charge de pathologies chroniques telles que le diabète, l'infection au VIH mais aussi les soins dentaires, l'exercice physique, l'obésité, l'hypertension et la confiance dans le changement (7,8). L'entretien motivationnel permettait également l'augmentation de l'adhésion aux traitements de façon générale (9).

Si l'entretien motivationnel peut être étendu à des applications aussi vastes que diverses, qu'en est-il de son utilisation dans les pathologies psychiatriques ?

I.2.3 Entretien motivationnel et troubles psychiatriques

I.2.3.1 Définition du trouble mental

Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder* (DSM-5) définit le trouble mental comme « un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflète un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental » (10).

Les troubles d'usage aux substances sont inclus dedans.

La définition de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) est assez similaire, mais ajoute la phrase suivante : « Ces troubles sont généralement associés à une détresse ou à une altération des domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou

concernant d'autres domaines de fonctionnements importants ». Ce qui sous-entend la notion de retentissement des troubles (11).

I.2.3.2 Epidémiologie de la santé mentale

Dans le monde, il est estimé qu'une personne sur cinq souffre d'un trouble psychiatrique (12). Les pathologies psychiatriques sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes, après le cancer et les maladies cardiovasculaires (12). La dépression est l'une des principales causes d'incapacité. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves meurent prématurément – jusqu'à 20 ans plus tôt – en raison de pathologies physiques évitables (13,14).

I.2.3.3 Utilisation de l'entretien motivationnel dans les pathologies psychiatriques

L'entretien motivationnel est souvent recommandé dans la prise en charge des pathologies psychiatriques, notamment concernant l'alliance et l'observance thérapeutiques. En effet, bien que des thérapies efficaces aient été développées pour la psychiatrie, l'adhésion des patients reste limitée et la non-compliance un problème majeur (15).

La compliance aux traitements se définit comme la mesure par laquelle le patient suit les recommandations cliniques du professionnel de santé. La non-adhésion au traitement quant à elle, se définit comme le non-suivi, par le patient, du traitement prescrit (16).

L'entretien motivationnel est retrouvé en prélude/prétraitement d'autres thérapies, ou intégré directement à un protocole de soins (15).

Il est également utilisé pour la prévention des troubles mentaux, par exemple, la prévention de la dépression en post-partum chez les femmes enceintes (17).

Cependant, si l'entretien motivationnel était largement recommandé vers 2010, peu d'études randomisées contrôlées avaient alors été réalisées (15). Par ailleurs, c'est l'efficacité de l'entretien motivationnel sur la consommation de substances au sein des populations psychiatriques qui était la plus souvent étudiée, par exemple, sur la consommation de tabac

dans les hôpitaux psychiatriques (18–20) ou sur la consommation de cannabis chez les patients psychotiques (21).

Une courte revue de la littérature a été réalisée en 2012 (22) sur l'efficacité de l'entretien motivationnel toutes pathologies confondues. Pour des raisons éditoriales, cette revue ne présentait pas ses résultats de façon détaillée. Il était cependant signifié que sur 129 articles, peu d'études étudiaient les maladies psychiatriques à proprement dites. Des études sur la schizophrénie, la psychose, l'anorexie mentale, le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et le trouble anxieux généralisé (TAG) ont été incluses. Aucune conclusion n'était faite sur l'efficacité de l'entretien motivationnel dans ces articles. Par ailleurs, concernant les troubles de l'humeur, la boulimie, les troubles de personnalité et le risque suicidaire aucune étude t été retrouvée dans cette revue.

I.3 Problématique

Il a été maintes fois prouvé que l'entretien motivationnel est une thérapie efficace en addictologie.

Cependant la spécificité des techniques d'entretien motivationnel nous amène à penser qu'elle pourrait être efficace dans de nombreux autres domaines, dont les pathologies psychiatriques.

Afin de répondre à la question d'une efficacité significative de l'entretien motivationnel dans les différents troubles psychiatriques hors addictologie, nous effectuerons une revue systématique de la littérature.

II. METHODE

II.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion :

- Utilisation de l'EM selon Miller et Rollnick ou adaptations de l'EM.
- Population étudiée présentant des troubles psychiatriques, diagnostic réalisé selon les critères du DSM-3 à DSM-5 (selon date de parution de l'article) et/ou CIM-10 et/ou CIM-11.
- Population adulte (plus de 18 ans).
- Être une publication scientifique à type d'étude randomisée contrôlée.

Critères d'exclusion :

- Patients d'origine pédiatrique.
- Rédaction hors langue française ou anglaise.
- Prise en charge de troubles addictologiques.
- EM intégré dans une autre prise en charge et non étudié spécifiquement.

II.2 Mots clés (en anglais)

Motivational interviewing

Motivational enhancement

Mental disorder

Related substance disorder

Gambling

II.3 Stratégie de recherche et extraction des données

II.3.1 Première étape : sélection des données

Les bases de recherche utilisées étaient PUBMED et COCHRANE. La dernière recherche a été réalisée le 14 août 2023.

Les termes de recherche suivants ont été retenus, en fonction des bases de données et de leurs thésaurus respectifs :

PUBMED :

- *((motivational interviewing[MeSH Terms]) AND (mental disorder[MeSH Terms])) NOT (substance related disorders[MeSH Terms]) NOT (gambling[MeSH Terms])*
avec mise d'un filtre "*randomized controlled trial*"
n = 89
- *((motivational enhancement[MeSH Terms]) AND (mental disorder[MeSH Terms])) NOT (substance related disorders[MeSH Terms]) NOT (gambling[MeSH Terms])*
avec mise d'un filtre "*randomized controlled trial*"
n = 11

COCHRANE :

- *41 Trials matching "mental disorders" in Keyword AND "motivational interview" in Keyword NOT "substance related disorder" in Keyword - (Word variations have been searched)*
n= 41
- *2 Trials matching "mental disorders" in Keyword AND "motivational enhancement" in Keyword NOT "substance related disorder" in Keyword - (Word variations have been searched)*
n = 2

Pour chaque base, les résultats ont été transférés sur le logiciel ZOTERO.

II.3.2 Deuxième étape : élimination des doublons

- Doublons parmi l'ensemble des recherches PUBMED : 16
n = 84
- Doublons parmi l'ensemble des recherches COCHRANE : 0
n = 43
- Doublons entre PUBMED et COCHRANE : 2
n = 125

II.3.3 Troisième étape : 1^{er} tri des articles

Ce premier tri était basé sur la lecture de l'ensemble des titres et abstracts de chaque article dégagé par l'interrogation des bases de données.

Deux lectures minimums ont été effectuées à des temporalités différentes pour la sélection des articles.

Les articles qui ne respectaient pas les critères d'inclusion ou ne correspondaient pas au sujet de la recherche ont été éliminés.

Si un doute persistait quant à l'inclusion ou non d'un article lors du premier tri : concertation avec la directrice de thèse pour décision finale.

II.3.4 Quatrième étape : 2^{ème} tri des articles

Lecture des articles dans leur intégralité. Une sélection à l'aide des critères d'inclusion et d'exclusion a été réalisée.

En cas de nouveaux doutes sur l'inclusion ou non d'un article, pour la seconde fois l'avis de la directrice de thèse a été sollicité pour finaliser la décision.

Inclusion finale dans la revue de littérature de 15 articles.

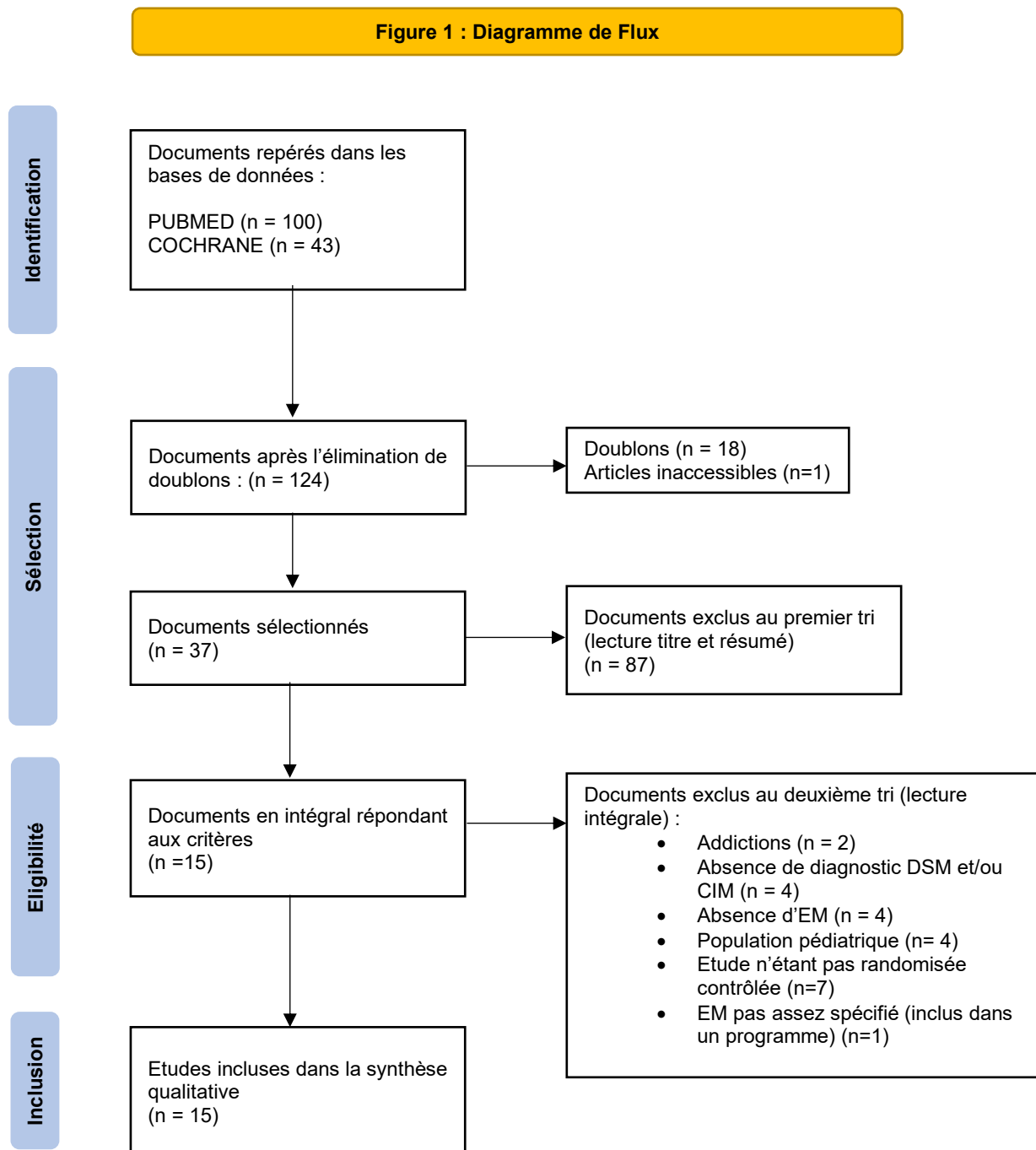
Ces articles ont été classifiés en fonction des grades de recommandations de l'HAS.

II.4 Evaluation des biais

Le risque de biais a été évalué par l'intermédiaire de la *Version 2 of the Cochrane risk-of-bias tool* (ROB-2) qui est adaptée pour les études randomisées contrôlées. Si des études utilisaient des clusters, la version adaptée était utilisée. Le logiciel ROBVIS a ensuite été utilisé pour réaliser une présentation dite en « *traffic light plot* » et une présentation en « *summary plot* ».

III. RESULTATS

III.1 Diagramme de flux



III.2 Caractéristiques des études

Etudes	Pays	Pathologies psychiatriques	Age moyen	Sexe F %	N total	N TTT	N contrôle	Durée du suivi	Grade
Westra 2016	Etats unis	TAG (sévère)	34.19 et 32.45	88.24	85	42	43	12 mois	B
Marker 2020	Australie	TOC et/ou TSPT	41.08	58.3	36	18	18	3 mois	B
Peters 2019	Australie	Anxiété sociale	30.29 et 32.99	41.18 et 52.48	186	85	101	6 mois	A
Titov 2010	Australie	Anxiété sociale	43.6	47	113	56	57	3 mois	B
Barrera 2016	Etats unis	Trouble anxieux	35.82	38.46	39	20	19	0	B
Ponsford 2016	Australie	Syndrome dépressif, trouble anxieux	42.24	26.7	75	26	26 et 23	30 semaines	B
Barkhof 2013	Pays Bas	Schizophrénie, Trouble Schizoaffectif	34.5	20	114	55	59	6 mois	B
Ertem et Dunam 2019	Turquie	Schizophrénie	40.05 et 43.20	30	40	20	20	6 mois	A
Fiszdon 2016	Etats Unis	Trouble psychotique	46.52 et 49.26	52 et 35	64	33	31	4 semaines	B
Fiszdon 2022	Etats unis	Trouble psychotique	55.41	20.2	114	56	58	4 mois	A
Interian 2013	Etats Unis	EDC	40.2 et 41	19	50	26	24	5 mois	B
Keeley et al 2016	Etats Unis	EDC	47.51	70.95	168	88	80	36 semaines	A
Bombardier 2013	Etats Unis	EDC, Dysthymie	48	86	92	44	48	24 semaines	B
Vella-Zarb 2015	Canada	Boulimie, hyperphagie boulimique	24.88	95.6	47	25	22	4 mois	B
Katzman et al 2009	Etats unis et UK	Boulimie	29.3	NR	225	79 et 73	73	2 ans et demi	B

Tableau 1 : EDC : Episode Dépressif Caractérisé ; TTT : Traitement ; TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif ; TSPT : Trouble du Stress Post-traumatique

Les caractéristiques des études sont représentées dans le tableau 1.

Les articles ont été publiés entre 2009 et 2022. Il s'agit de 15 études randomisées contrôlées dont une seule d'entre elles, **Keeley 2016**, faisait la randomisation entre des clusters et non des sujets individuels.

La majorité sont des études provenant des Etats-Unis (8 études), puis d'Australie (4 études).

La répartition dans les pathologies psychiatriques est la suivante :

- 5 études s'intéressaient aux troubles anxieux.
- 3 études aux troubles dépressifs.
- 1 étude aux troubles anxieux et dépressifs de façon mixte.
- 4 études aux troubles psychotiques.
- 2 études aux Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) (boulimie).

L'âge moyen est d'environ 40 ans (39.827). La moyenne de femmes est de 49.44%, avec des pourcentages très variables selon les études (> 95% concernant les TCA).

La moyenne de durée du suivi est de 6,6 mois avec un maximum de 2 ans et demi.

Il s'agit de petites études, comprenant de 36 à 225 sujets. Ce qui peut expliquer que seulement 4 études sont de grade A.

III.3 Biais

L'évaluation du risque de biais selon la *Version 2 of the Cochrane risk-of-bias tool* retrouve une minorité d'études à bas risque de biais. Le détail de cette évaluation a été schématisé dans les figures 2.1 et 2.2.

Au total, 3 études présentaient un faible risque de biais, 6 un risque intermédiaire et 6 un risque élevé.

On observe sur la figure 2.2 que le deuxième domaine de biais (D2 : biais dû à des déviations par rapport aux interventions prévues) est le plus représenté. La nature de l'entretien motivationnel empêche le double aveugle, notamment du côté du thérapeute. A noter que

certaines études tentaient de réduire ce biais en enregistrant en vidéo les entretiens afin de s'assurer du bon déroulement de la thérapie.

Les deux domaines ayant le plus de faibles risques de biais sont D4 (biais dans la mesure du résultat) et D5 (biais dans la sélection des résultats rapportés).

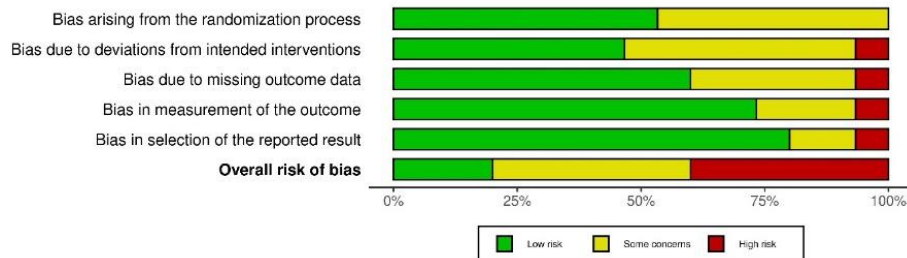


Figure 2.1 : « summary plot »

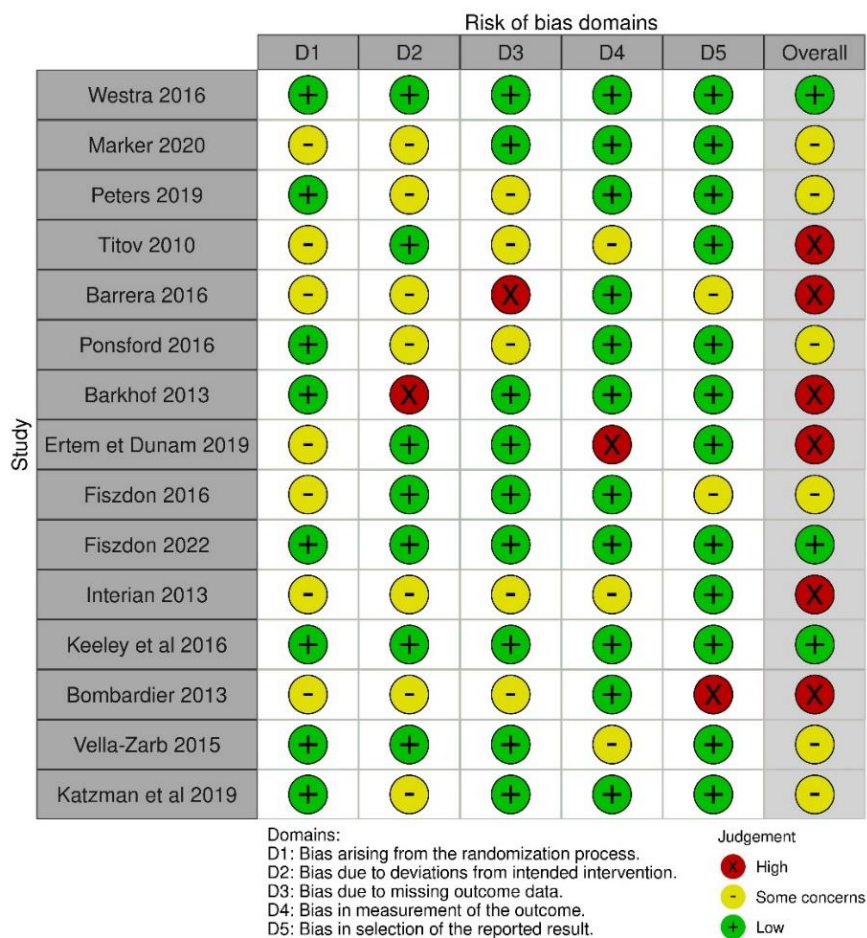


Figure 2.2 : « Traffic Light plot »

III.4 Synthèse des résultats

III.4.1 Troubles anxieux

Les troubles anxieux représentent la catégorie de pathologies psychiatriques la plus représentée de cette revue de la littérature avec 6 articles inclus.

Cela semble en accord avec la forte prévalence de ces troubles psychiatriques. Une enquête de 2020 estime qu'1/5 de la population française présente un trouble anxieux, le Trouble Anxieux Généralisé (TAG) étant le plus représenté à 12.8% (23).

III.4.1.1 Symptomatologie anxieuse

L'ensemble des articles inclus utilisait l'entretien motivationnel dans le cadre d'une prise en charge psychothérapeutique par TCC ou *Cognitive Behavioral Therapy* en anglais (CBT). Le traitement par TCC a été démontré comme un des traitements les plus efficaces dans le cadre des troubles anxieux (24, 25).

Malgré cela, seulement 51% des patients anxieux font état d'une rémission post traitement par TCC (26). Dans le cadre plus spécifique du TAG, une amélioration clinique suite à un traitement par TCC n'a été retrouvée que pour 46% des patients (27). Et pour citer un autre trouble anxieux, une large proportion de patients présente toujours le diagnostic d'anxiété sociale après traitement par TCC (28).

L'entretien motivationnel a donc été une forme de psychothérapie évoquée pour majorer l'efficacité clinique du traitement par TCC.

III.4.1.1.1 Troubles anxieux non spécifiés

3 études de la revue de la littérature se questionnaient sur l'efficacité de la TCC dans les troubles anxieux en général.

En 2016, Ponsford (29) s'est posé la question de l'efficacité de la TCC sur la symptomatologie anxieuse et dépressive chez les patients traumatisés crâniens. L'ajout de l'entretien motivationnel conjoint à la TCC a été évalué en objectif secondaire afin d'observer si l'entretien motivationnel majorait la motivation aux traitements et améliorait les effets de la TCC sur l'anxiété.

Parmi les 75 patients inclus, la majorité avait un trouble anxieux comorbide d'un trouble dépressif (60%) et 13.5% un trouble anxieux isolé. Les troubles anxieux les plus fréquents étaient le TAG à 17.3% et le TSPT à 17.3%. 21% avaient un trouble dépressif seul.

Ces patients ont été répartis en 3 branches :

- Traitement par TCC adjoint à l'EM (*MI+CBT*).
- Traitement par TCC adjoint à des « conseils non directifs » ou « *non directive counselling* » en anglais (*NDC+CBT*).
- Un groupe « liste d'attente ».

Pendant les 3 semaines précédant les 9 semaines de psychothérapie par TCC, les entretiens motivationnels étaient conduits par des psychologues, puis des sessions « Booster » avaient lieu à la 21^{ème} semaine et la 30^{ème} semaine.

Nous nous intéressons ici à la comparaison entre les deux groupes incluant le traitement par TCC.

Même si une réduction dans le temps des symptômes anxieux (évalués par l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)) a été observée dans le temps (suivi à 30 semaines), cette étude n'a pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes.

MI + CBT v. NDC + CBT		
HADS-Anxiety ^d		
Constant	1.59	-0.65 to 3.84
Time, weeks	-0.09	-0.13 to -0.06
Baseline anxiety score	0.77***	0.64 to 0.89
MI + CBT v. NDC + CBT	0.45	-0.63 to 1.53
DASS-Depression ^e		
Constant	6.13**	0.94 to 11.33
Time, weeks	-0.22***	-0.31 to -0.14
Baseline depression score	0.72***	0.59 to 0.85
MI + CBT v. NDC + CBT	-1.08	-4.01 to 1.85
SPRS-2 ^f		
Constant	9.54***	4.43 to 14.65
Time, weeks	0.17***	0.10 to 0.23
Baseline total score	0.70***	0.59 to 0.81
MI + CBT v. NDC + CBT	0.03	-2.02 to 2.09

L'étude de Barrera et al. de 2016 (30) a évalué l'effet d'une session unique d'entretien motivationnel de 50 minutes comme prétraitement à la TCC spécifique des troubles anxieux chez 39 patients. Deux groupes ont été comparés, l'un avec entretien motivationnel adjoint à la TCC, l'autre avec TCC seule. Les entretiens étaient réalisés par des étudiants. La symptomatologie anxieuse a été évaluée par le biais du *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) et une réduction similaire dans les deux groupes, sans différence significative, a été observée. Il est à noter que malheureusement, aucune mesure de suivi n'a été entreprise lors de cette étude, l'efficacité au long terme n'a donc pas pu être appréciée.

Enfin, **Marker et al. en 2020** (31) ont réalisé une étude qui incluait des patients présentant des troubles anxieux assez variés. Sur 36 patients étudiés, la majorité était affectée soit d'un TAG, soit d'une anxiété sociale. On retrouvait à plus petite échelle de l'agoraphobie, des troubles paniques, des phobies spécifiques, du TSPT, des troubles hypochondriaques. Il y avait également 38.9% de ces patients qui présentaient une comorbidité dépressive (évaluée par l'intermédiaire du *Beck Depressive Inventory* (BDI)).

Les patients participaient à 12 séances de TCC dites « *transdiagnostic* » (donc non spécifiques à un trouble anxieux) conduites par des étudiants en psychologie clinique.

Le groupe interventionnel intégrait 10 à 20 minutes d'entretien motivationnel au début de 4 de ces 12 séances.

L'objectif principal de cette étude était l'évaluation de l'efficacité de l'intégration de l'entretien motivationnel à la TCC sur la symptomatologie anxieuse.

La présence et la sévérité des symptômes anxieux ont été tout d'abord évaluées de façon globale et ce par l'*Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5* (ADIS-5), puis des mesures plus spécifiques ont été réalisées à l'aide d'auto-questionnaires propres aux différentes pathologies anxieuses.

De plus la mesure de la réponse aux traitements et de la sévérité des symptômes a été évaluée respectivement par la *Clinical Global Impression - Improvement Scale* (CGI-I) et par la *Clinical Global Impression - Severity Scale* (CGI-S).

Table 2
Means (SD) of primary and secondary outcomes at pre- and post-treatment

	iMI + tCBT	tCBT
ADIS-5 Primary CSR pre	5.50 (0.86)	5.06 (1.05)
ADIS-5 Primary CSR post	2.43 (1.28)	2.85 (1.28)
CGI-S pre	4.64 (0.63)	4.54 (0.66)
CGI-S post	2.21 (1.05)	3.08(1.32)
CGI-I post	1.21 (0.74)	2.15 (0.80)
BDI pre	21.67 (13.73)	16.85 (11.89)
BDI post	7.77 (6.73)	10.70 (11.51)

Note: ADIS-5 = Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5; CSR = clinician severity ratings; CGI-S = Clinical Global Impressions – Severity rating; CGI-I = Clinical Global Impressions – Improvement rating; BDI = Beck Depression Inventory-II.

Aucune différence significative entre les deux groupes n’a été retrouvée pour l’ADIS-5, cependant on observait une réduction plus importante de la sévérité des pathologies anxieuses dans le groupe avec l’entretien motivationnel intégré selon la CGI-S (p 0.039).

L’étude retrouvait également des scores plus importants au CGI-I pour les patients avec entretien motivationnel intégré à la TCC (66.7% vs 44.4%). Mais cette différence n’était pas significative (p 0.18).

Concernant les auto-questionnaires des différentes pathologies psychiatriques, une amélioration entre le pré et post-traitement a été retrouvée (p 0.038). Cependant, les résultats précis n’ont pas été représentés dans l’article.

Dans sa discussion, l’article de Marker évoque l’étude de Barrera de 2015. Ces deux études ont utilisé des entretiens motivationnels d’une durée d’une heure. Mais si dans l’étude de Barrera, la séance d’une durée d’une heure était réalisée en une seule séance tout au début de la thérapie, dans l’étude de Marker, cette heure était subdivisée en 4 séances de 15 minutes réparties dans le temps au cours du traitement. La fragmentation de l’entretien motivationnel semblait initialement avoir de meilleurs résultats en termes d’efficacité. Cependant il est à noter que l’étude de Marker explique avoir autorisé les thérapeutes à utiliser les techniques d’entretien motivationnel lorsque cela semblait pertinent dans la thérapie en plus de la séance initiale d’entretien motivationnel, ce qui n’était pas le cas dans l’étude de Barrera.

III.4.1.1.2 Trouble spécifique : trouble anxieux généralisé

Westra et al. en 2016 (32) ont réalisé une étude comparant l'utilisation de l'entretien motivationnel associé à une prise en charge TCC vs TCC seule chez des patients présentant un TAG.

L'étude de Westra n'a inclus que des patients avec une symptomatologie sévère (score au *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ) > 68), car il s'agit d'une population plus difficile à traiter. En effet, plus le trouble est sévère, plus les résultats de la psychothérapie sont faibles (33).

Le stress et la détresse générale chez ces 85 patients ont été évalués sur 12 mois, par l'intermédiaire du PSWQ et de la *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS).

On remarquait que la réduction de la symptomatologie anxieuse et de l'inquiétude lors des 15 semaines de psychothérapie réalisées, était similaire dans les deux groupes. Mais lors du suivi post thérapie on observait une stagnation du PSWQ et de la DASS dans le groupe contrôle alors que la réduction se poursuivait dans le groupe ayant bénéficié d'entretiens motivationnels. Cette différence était considérée comme significative (mais le p n'est pas retranscrit dans l'article).

Les deux figures suivantes découlant de l'étude en font l'illustration :

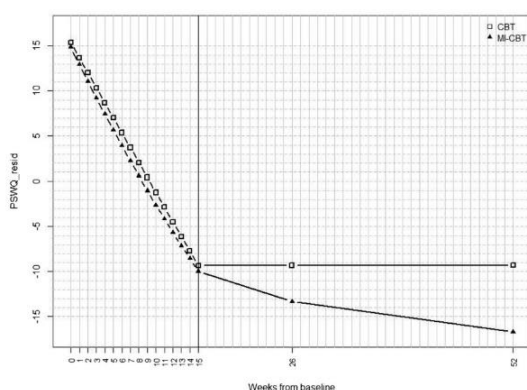


Figure 2. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; worry) change over acute treatment (piece 1) and follow-up (piece 2) by treatment condition. CBT = cognitive-behavioral therapy; MI = motivational interviewing.

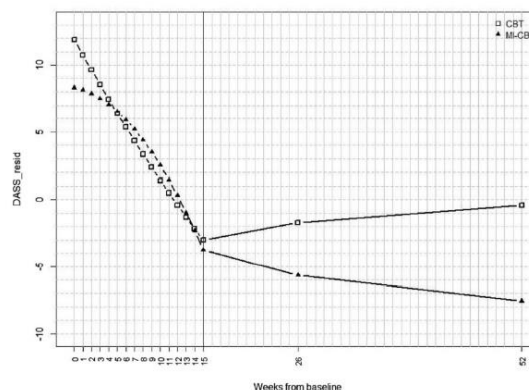


Figure 3. Depression Anxiety Stress Scale (DASS; general distress) change over acute treatment (piece 1) and follow-up (piece 2) by treatment condition. CBT = cognitive-behavioral therapy; MI = motivational interviewing.

Des analyses ont été réalisées et concluaient à 5.49 fois plus de chance ($p < 0.01$) dans le groupe EM+TCC d'arriver à une guérison complète à 12 mois que dans le groupe TCC seule.

III.4.1.1.3 Trouble spécifique : anxiété sociale

L'anxiété sociale est définie comme une peur intense et persistante d'interactions sociales. Elle montre le plus faible taux de guérison parmi les troubles anxieux (34).

L'étude **Titov et al. de 2010** (35) est une étude randomisée contrôlée qui évaluait un programme internet de TCC pour l'anxiété sociale (*Shyness programme*) associé ou non à une session d'entretien motivationnel.

Des méta-analyses ont indiqué que des traitements par TCC via internet seraient cliniquement efficaces dans le traitement des troubles anxieux (36).

L'entretien motivationnel dans cette étude se présentait sous forme de questions écrites générées par le logiciel. Ces questions se voulaient à l'égal de « reflet » et étaient intégrées lors de certaines sessions de TCC.

La symptomatologie du trouble d'anxiété sociale a été évaluée grâce à de nombreuses échelles : *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS), *Social Phobia Scale* (SPS), *Patient Health Questionnaire 9 item* (PHQ-9), *Kessler 10-item* (K-10) et *Sheehan Disability Scales* (SDS).

Aucune de ces échelles n'a retrouvé de différence significative entre les deux groupes, ni entre pré et post traitement, ni entre pré traitement et suivi à 3 mois.

Une étude réalisée **en 2019 (Peters)** (37) a randomisé 186 patients dans deux groupes : 85 patients ont bénéficié d'entretiens motivationnels adjoints à la TCC tandis que 101 patients ont été randomisés dans le groupe contrôle « *supporting counselling* » (SC). Ce contrôle consistait en des interventions du type psycho-éducation, sans utilisation de l'entretien motivationnel.

De plus, **cette étude** ne retrouvait pas d'efficacité significative de l'utilisation de l'entretien motivationnel sur la symptomatologie de l'anxiété sociale (évaluée par la SIAS, mais aussi par la *Clinician Rate Severity* (CRS)).

Le lien entre la préparation au changement et l'efficacité du traitement a été également évalué. On a essentiellement constaté que la réduction du score SIAS était plus importante pour le groupe contrôle que l'entretien motivationnel lorsque les patients présentaient un haut niveau de préparation au changement.

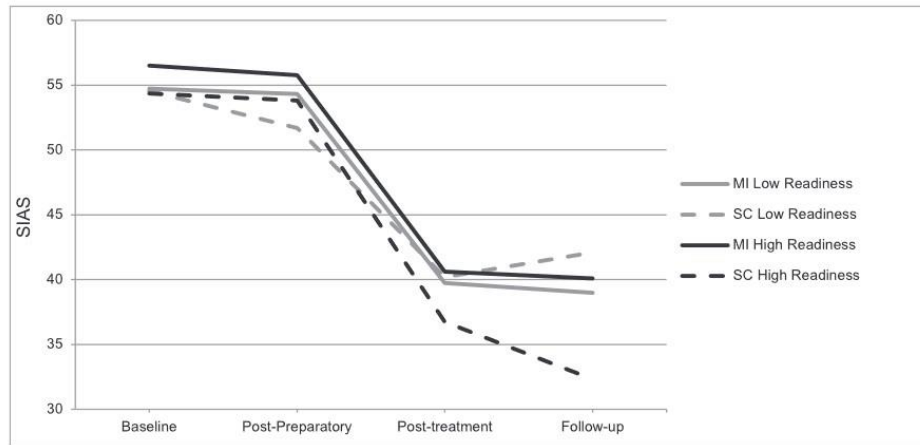


Fig. 2. Estimated Marginal Mean Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) scores over time as a function of baseline readiness for change. MI, Motivational Interviewing; SC, Supportive Counselling. Low readiness: Importance and Confidence Form scores 1 SD below the mean. High readiness: Importance and Confidence scores 1 SD above the mean.

De même, il a été observé un lien entre la sévérité initiale du trouble (*impairment*) et les thérapies. Lorsque le taux de CRS était élevé initialement, le traitement par entretien motivationnel était plus efficace, et à l'inverse lorsque le taux de CRS était bas, c'était le traitement par SC qui s'avérait être le plus efficace.

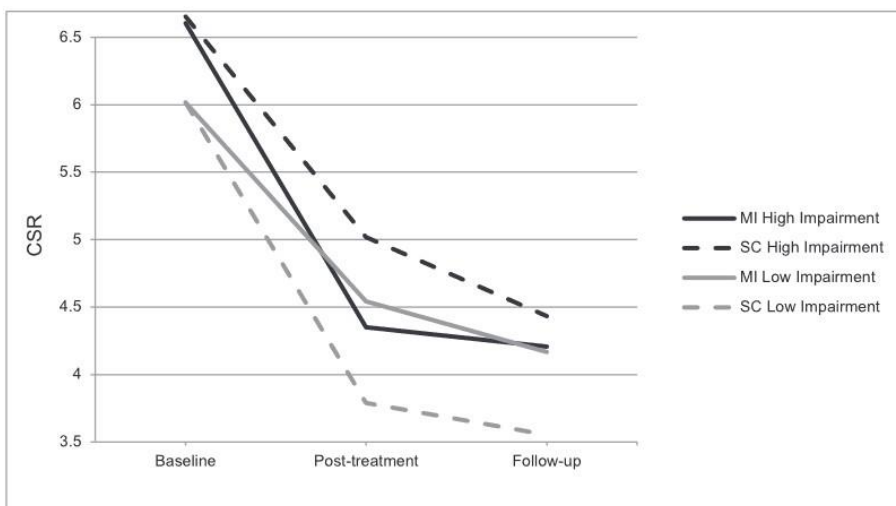


Fig. 3. Estimated Marginal Mean Clinician Severity Rating (CSR) scores over time as a function of baseline functional impairment. MI, Motivational Interviewing; SC, Supportive Counselling. Low impairment: Mental Component Scale scores 1 SD above the mean. High impairment: Mental Component Scale scores 1 SD below the mean.

Les auteurs de l'article concluaient qu'il était tout de même intéressant de noter que, comme il a été démontré par le passé, les patients les moins réceptifs à la TCC sont les patients présentant une anxiété sociale sévère. Ainsi, le fait d'engager des entretiens motivationnels en association avec le traitement par TCC serait plus bénéfique pour ces patients.

III.4.1.2 Engagement et motivation à la TCC

Selon Miller et Rollnick, un manque de motivation, souvent exprimé par le biais de l'ambivalence ou la résistance au changement, est un facteur pouvant influencer sur l'« abandon » et la « non réponse aux traitements » (1,38).

Une méta-analyse de 115 études constate que 19.6% des patients avec un trouble anxieux abandonnent le traitement en cours (39).

Or un des facteurs associés à une meilleure réponse aux traitements par TCC est l'engagement dans le traitement (40). Une association positive a été par exemple démontrée entre la quantité de tâches de TCC réalisées et l'amélioration des symptômes d'anxiété sociale (41).

III.4.1.2.1 Participation aux séances et réalisation des tâches

Plusieurs études ont évalué l'impact de l'entretien motivationnel dans l'engagement aux traitements par l'intermédiaire de la participation des patients aux sessions de TCC.

L'étude Peters et al. de 2019 (37) (décrite précédemment dans le chapitre III 4.1.1.3 : Trouble spécifique : anxiété sociale.). Pour rappel, les patients avaient dans l'ensemble bénéficié de TCC et avaient été randomisés en deux groupes : l'un avec l'utilisation d'entretien motivationnel, le groupe contrôle utilisant des séances de « *supporting counseling* » (SC). On ne retrouvait pas de différence significative par rapport à la participation au nombre de séances

de TCC entre ces deux groupes (sur 12 séances de TCC prévues : 9.69 séances pour le 1^{er} groupe, vs 9.61 pour le groupe contrôle) (p 0.856).

Dans cette même étude, la réalisation des tâches a été appréciée non seulement par les patients mais également par les thérapeutes. Ces derniers ne retrouvaient pas de différences entre les deux groupes, mais les patients ont rapporté un plus grand taux de tâches achevées dans le groupe ayant bénéficié de l'entretien motivationnel (p 0.006).

L'étude de Barrera 2016 (30) (décrite précédemment dans le chapitre III 4.1.1.1 : Trouble anxieux non spécifié) pour rappel avait comparé l'utilisation de l'entretien motivationnel adjoint à la TCC vs une prise en charge par TCC seule. Le traitement par TCC était composé de 12 séances hebdomadaires et il était considéré qu'un patient avait « complété » la prise en charge dès qu'il avait réalisé 7 sessions.

Tout d'abord, on a observé une plus grande initiation aux traitements dans le groupe ayant bénéficié de l'entretien motivationnel, car tous les patients s'y sont présentés alors que dans le groupe TCC seule, 4 patients n'ont jamais débuté le traitement par TCC (p 0.030).

Ensuite, on a retrouvé une plus grande participation de la part des patients du groupe EM, mais lorsque l'on retirait les patients ne s'étant pas présentés, la différence n'était pas significative.

Finalement, on a retrouvé un plus grand pourcentage de patients ayant achevé la psychothérapie par TCC chez les patients du groupe EM (75% vs 53%), mais cette différence n'était pas significative.

Westra et al. 2016 (étude décrite précédemment au chapitre III 4.1.1.2 : Trouble spécifique : trouble anxieux généralisé) retrouvaient un pourcentage d'abandons de la thérapie presque significatif (p 0.09) avec 23% d'abandons pour le groupe TCC seule vs 10% pour le groupe EM+TCC (32).

L'étude Titov de 2010 (décrite précédemment dans le chapitre 4.1.1.3 : Trouble spécifique : anxiété sociale) retrouvait également un taux plus important d'achèvement des 8

sessions de TCC pour le groupe incluant l'entretien motivationnel (75% pour EM+TCC vs 56% pour TCC seule) ($p < 0.04$) (35).

Dans l'étude de Marker 2020 (décrite précédemment dans le chapitre III 4.1.1.1 : Troubles anxieux non spécifiés), l'ensemble des patients des deux groupes a réalisé dans leur intégralité les 12 sessions de TCC (31).

Les résultats de ces études sont assez divisés. Certains étaient en faveur d'une augmentation de la participation aux séances de TCC, d'autres retrouvaient une participation équivalente dans les deux groupes évalués.

Cependant, **Peters 2019** et **Titov 2010** concluaient tous les deux dans leur discussion que si la participation aux traitements était augmentée, ce n'était pas le cas de l'efficacité clinique sur l'anxiété sociale.

III.4.1.2.2 Motivation au changement et attente par rapport aux traitements

L'étude Ponsford 2016 (29) et **l'étude de Barrera 2016** ont étudié la motivation au changement, par l'intermédiaire de l'*Anxiety Change Expectancy Scale* (ACES) pour la première et du *Change Questionnaire* (CQ) et *Treatment Ambivalence Questionnaire* (TAQ) pour la deuxième. Ces deux études ne retrouvaient pas de différence significative entre les deux groupes évalués (28,29).

De même, l'étude de Peters 2019, par l'intermédiaire de l'ACES, notait une attente de changement sur le long terme (suivi à 6 mois) au niveau des deux groupes évalués (TCC+EM vs TCC+SC) ($p < 0.001$). Mais lors de la comparaison des deux groupes, le groupe contrôle obtenait de meilleurs résultats que le groupe interventionnel (37).

L'étude de Marker 2020 a analysé motivation et effets sur la symptomatologie et n'a retrouvé aucun lien entre les deux (31).

III.4.1.2.3 Attente par rapport aux traitements

L'étude **Barrera 2016** a remarqué que les patients ayant bénéficié de l'entretien motivationnel s'attendaient à une réduction des symptômes anxieux à plus long terme (au moins 1 an après le traitement) (p 0.039). Ce n'était pas le fait d'une perception accrue de la crédibilité de la TCC, car celle-ci évaluée par le *Reaction to Treatment Questionnaire* (RTQ) était identique entre les deux groupes (30).

III.4.2 Troubles dépressifs

Lors de notre recherche, nous avons référencé peu d'articles (3 études) évaluant l'utilisation de l'entretien motivationnel dans la prise en charge exclusive des patients dépressifs.

Ils évaluaient principalement deux aspects de la prise en charge : l'adhésion aux traitements antidépresseurs et l'effet sur la symptomatologie dépressive.

Les patients dépressifs sont décrits par Beck et Alford 2009 comme étant ambivalents et avec une faible motivation (42).

III.4.2.1 Adhésion aux traitements antidépresseurs et psychothérapeutiques

Une étude (**Interian 2013**) (43) avait pour objectif d'évaluer l'adhésion aux traitements antidépresseurs d'une population latine, qui pour des raisons culturelles, serait moins en demande de soins et donc moins observante. Une intervention (META) basée sur l'entretien motivationnel et ciblant l'adhésion aux traitements antidépresseurs a été comparée aux soins usuels.

50 patients présentant une dépression d'intensité sévère (score > 29 au BDI) ont fait l'objet d'un suivi sur 5 mois (26 dans le groupe META, 24 pour les soins usuels).

L'adhésion aux traitements était évaluée par l'intermédiaire de « *MEMS caps* », il s'agit de couvercles pouvant enregistrer l'ouverture quotidienne des boîtes contenant le traitement antidépresseur. L'adhésion était calculée en divisant le nombre de jours où les boîtes ont été ouvertes par le nombre de jours total.

Cette étude retrouvait une augmentation significative de l'adhésion aux traitements à partir de la 5^{ème} semaine à 72.9% pour META vs 40.8% pour les soins usuels (p 0.002) et cela se confirmait au 5^{ème} mois avec 61.5% pour META et 31.7% pour les soins usuels (p 0.004).

Des réserves sont à émettre cependant avec la méthode d'évaluation de l'adhésion aux traitements, car l'ouverture de la boîte contenant les traitements ne signifie pas la certitude de la prise ou non de l'antidépresseur.

L'étude Bombardier et al. (44), que nous décrivons dans le chapitre suivant, comparait un groupe interventionnel avec entretien motivationnel ciblé sur la promotion de l'activité physique et un groupe contrôle « liste d'attente ». Cette étude n'évaluait pas spécifiquement l'adhésion à la psychothérapie, mais on retrouvait plus d'abandons dans le groupe contrôle (19%) que dans le groupe interventionnel (5%).

III.4.2.2 Effets sur la symptomatologie dépressive

Nous allons tout d'abord rapporter les résultats de deux études abordées précédemment (décrites précédemment dans le chapitre III.4.1 Troubles anxieux). Ces deux études (Ponsford 2016 et Marker et al.) ont examiné des patients qui présentaient, pour une partie d'entre eux, des épisodes dépressifs caractérisés comme diagnostic principal ou étaient comorbides d'un trouble anxieux.

L'étude de **Ponsford 2016**, qui comparait un groupe *MI+CBT* vs un groupe *NDC+CBT*, a retrouvé une diminution significative dans le temps de la symptomatologie dépressive par l'intermédiaire de la DASS, mais sans différence entre les deux groupes (29).

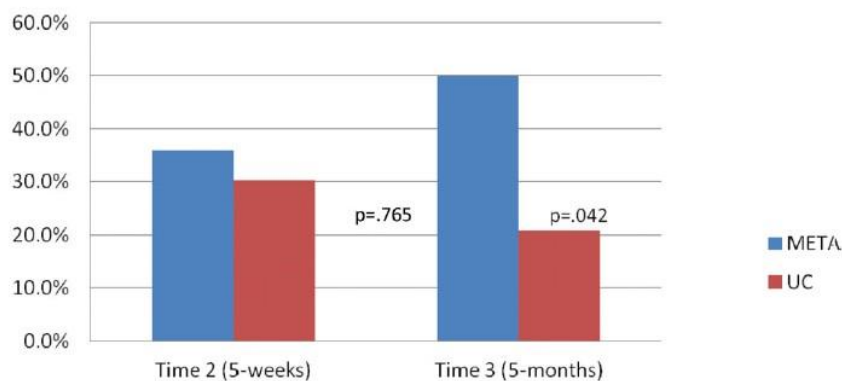
L'étude de **Marker et al.** pour rappel, avait étudié 36 patients souffrant de troubles anxieux variés, dont 38.9% présentaient une comorbidité dépressive. Deux groupes avaient été randomisés, le groupe interventionnel consistait en de la TCC avec entretien motivationnel

intégré et le groupe contrôle de la TCC seule. Une évaluation pré et post traitement de la symptomatologie dépressive a été appréciée par le biais de la BDI et, à l'inverse de **Ponsford 2016**, elle a constaté une réduction plus importante de la symptomatologie dans le groupe traitement (p 0.040) (31).

Par la suite, l'étude **d'Interian et al. 2013** (43) s'est intéressée, en plus de l'adhésion aux traitements, à l'impact de l'utilisation de l'entretien motivationnel sur la symptomatologie dépressive par l'intermédiaire de l'échelle de Beck (BDI-II). Pour rappel les patients de cette étude présentaient tous, à l'évaluation de base, une dépression d'intensité sévère avec un score au BDI supérieur à 29.

Les résultats concernant la symptomatologie dépressive sont partagés et peu concluants.

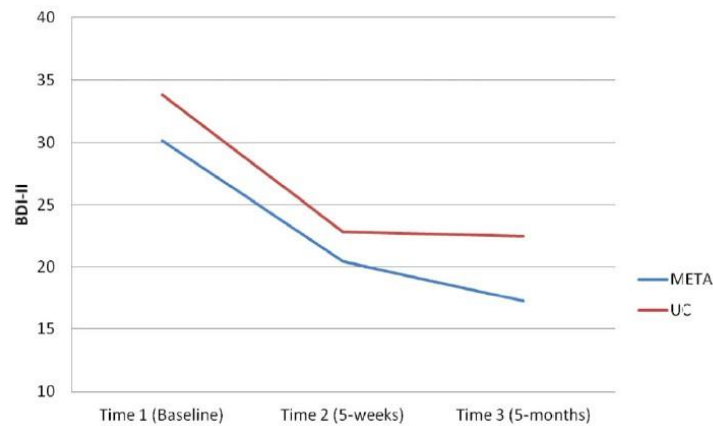
D'une part l'évaluation de la rémission de la dépression (considérée comme telle lorsque le score de BDI était inférieur à 14), retrouvait une différence significative au temps 3 (5^{ème} mois) avec 50% de rémission pour META vs 20.8% pour les soins usuels (p 0.42).



Abbreviations: META=Motivational Enhancement Therapy for Antidepressants, UC=Usual care, BDI-II=Beck Depression Inventory-II.
Note: Remission represented by BDI-II < 14.

Figure 3. Rates of BDI-II remission.

Cependant malgré cette différence par rapport à la rémission, la réduction des symptômes en elle-même ne présentait pas de différence significative. On observait dans un premier temps une réduction semblable au temps 1 et au temps 2, puis une légère différence au temps 3, mais non significative (p 0.193).



Abbreviations: BDI-II=Beck Depression Inventory-II, META=Motivational Enhancement Therapy for Antidepressants, UC=usual care.

Figure 2. Unadjusted means for BDI-II (depression) levels by condition.

L'étude suivante, **Keeley 2016** (45), a évalué l'impact de l'entretien motivationnel sur la réduction et la rémission des symptômes dépressifs sur une plus longue période de suivi (jusqu'à 36 semaines) chez des patients se présentant dans des unités de soins primaires en ambulatoire.

168 patients ont été répartis dans deux groupes auprès de 10 équipes de soins de 7 unités de soins primaires et ils ont été suivis régulièrement à 6, 12 et 36 semaines.

Dans le groupe interventionnel, l'entretien motivationnel était utilisé conjointement avec la prise charge standard de la dépression. Dans le groupe contrôle, les patients ne bénéficiaient que de la prise en charge standard.

L'évaluation s'est faite par l'intermédiaire du *Patient Health Questionnaire 9 item* (PHQ-9) et les patients étaient considérés en « rémission » si leur score était inférieur à 5.

En comparaison avec l'étude précédente, ces patients avaient en moyenne une dépression d'intensité modérée (moyenne de 15.9 au PHQ-9 à l'évaluation de base).

Cette étude ne retrouvait une différence significative entre les deux groupes qu'à partir de la 36^{ème} semaine avec 21% de rémission versus 7.25% (p 0.026) ainsi qu'une plus importante réduction des symptômes dépressifs au PHQ-9 pour le groupe interventionnel (p 0.009).

Table 3

Intention-to-Treat Effects of Motivational Interviewing on Rates of Remission From Depression and on Depressive Symptoms

Analyses of imputed data				
Time	Intervention	Control	Success rate difference	<i>p</i>
Remission (rate) [95% CI]				
6 weeks	13.88 [6.95, 20.80]	8.24 [1.49, 14.98]	5.64 [-3.13, 14.41]	.21
12 weeks	15.23 [8.80, 21.66]	7.97 [2.56, 13.39]	7.25 [-.51, 15.02]	.056
36 weeks	21.76 [10.91, 32.61]	7.25 [.46, 14.05]	14.53 [1.79, 27.26]	.026
Time	Intervention	Control	Between-group difference	<i>p</i>
Depressive symptoms (PHQ-9 score) [95% CI]				
6 weeks	12.75 [11.76, 13.75]	13.50 [12.49, 14.51]	-.75 [-2.17, .68]	.30
12 weeks	12.02 [11.05, 13.00]	13.16 [12.18, 14.14]	-1.14 [-2.53, .25]	.11
36 weeks	9.09 [7.62, 10.57]	11.80 [10.41, 13.20]	-2.71 [-4.75, -.67]	.009

Note. PHQ-9 = the Patient Health Questionnaire-9 depressive symptoms instrument.

Enfin, l'étude de **Bombardier 2013 et al.** (44) s'est intéressée à la promotion de l'activité physique dans le but de la réduction des symptômes dépressifs chez des patients atteints d'une sclérose en plaques.

Il est à noter que l'exercice physique est une forme efficace de thérapie pour la dépression chez les patients psychiatriques (46).

92 patients atteints d'une sclérose en plaques et ayant un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé ou de dysthymie ont été randomisés en deux groupes : le premier groupe avec une thérapie basée sur l'entretien motivationnel (1 session en face à face puis 7 interventions téléphoniques de conseils) encourageant la promotion de l'activité physique et le deuxième groupe, contrôle, type « liste d'attente ». Les deux groupes ont été suivis à la 12^{ème} semaine, puis une réévaluation sur la 24^{ème} semaine n'a été effectuée que dans le groupe traitement.

L'activité physique dans son intensité et sa durée a été estimée par l'intermédiaire du *7 Day Physical Activity Recall* (7 Day PAR) à la base et à la 12^{ème} semaine.

Les symptômes dépressifs ont été mesurés par l'*Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D). On considérait un patient comme ayant une « rémission » de sa pathologie lorsque le score était inférieur ou égal à 7.

Cependant avant de rapporter les résultats de l'étude, il est important de signifier une différence significative de l'HAM-D entre les deux groupes lors des mesures de base. Le groupe traitement ayant un score bien plus élevé à l'HAM-D que le groupe contrôle. Des analyses de sensibilité ont été réalisées, mais comme il s'agit du critère principal de l'étude, les résultats qui suivent seront à prendre avec précaution.

L'étude retrouvait une absence de différence entre les groupes par rapport au taux de rémission et une tendance à une amélioration plus grande dans le groupe traitement (mais non significative). 34% des patients avaient une réduction de 50% de l'HAM-D vs 19% dans le groupe contrôle.

La symptomatologie dépressive a également été évaluée par le biais de la *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID), la *Hopkins Symptom Checklist* (SCL 20) et la *Positive and Negative Affect Scale* (PANAS). Les résultats de ces trois échelles ont tous révélé une amélioration significative de la dépression des patients.

Lors des analyses, un lien modéré entre HAM-D et activité physique aurait été observé mais aucun lien entre effet du traitement et activité physique.

Pour conclure, dans les deux articles étudiant l'adhésion aux traitements et l'effet sur les symptômes (**Interian et Bombardier**), aucun lien n'a été établi entre l'adhésion aux traitements antidépresseurs et la rémission des symptômes.

III.4.3 Trouble psychotique/schizophrénie

La schizophrénie est l'une des pathologies les plus représentées dans cette revue de la littérature avec 4 articles.

III.4.3.1 Adhésion aux traitements

Chez les patients schizophrènes, on retrouve une grande prévalence de non adhérents aux traitements médicamenteux (47), avec 75% des patients qui arrêtent leur traitement antipsychotique dans les 18 mois (48).

Cette faible adhésion aux traitements est source de recrudescence des symptômes, de rechute, d'extension des besoins de santé et de majoration du coût des traitements, d'hospitalisation avec aggravation des conditions générales de santé, d'une détérioration de la

qualité de vie, d'un isolement social, de majoration de dépendance aux substances, de chômage, de violence, de suicide et de décès (49–51).

A noter qu'il a été prouvé que l'augmentation de l'adhésion aux traitements majore l'efficacité de ceux-ci (52). Il semble donc plus que nécessaire d'accroître l'adhésion aux traitements des patients psychotiques.

Eugen Bleuler en 1911 décrivait comme caractéristique de la schizophrénie une réduction substantielle et persistante de la motivation (53).

Les 4 études incluses dans la revue de la littérature se sont penchées sur la question de la motivation et de l'adhésion aux traitements qu'ils soient médicamenteux ou non.

III.4.3.1.1 Adhésion aux traitements antipsychotiques

L'étude de **Barkhof et al. de 2013** (54) s'est intéressée aux patients schizophrènes et schizoaffectifs ayant eu plusieurs épisodes de décompensation psychotique et dont la non adhésion aux traitements psychotropes a entraîné une instabilité et/ou des hospitalisations. Dans cette étude randomisée contrôlée, 114 patients ont bénéficié soit de 8 sessions d'entretien motivationnel, soit de 8 sessions de « *health education* » (HE). L'HE consistait en des cours individuels réalisés par des thérapeutes sur la santé générale (hygiène alimentaire, activité physique...). Ces cours étaient pré-établis afin d'éviter de discuter des difficultés par rapport aux traitements médicamenteux.

L'adhésion aux traitements antipsychotiques a été évaluée par l'intermédiaire :

- d'auto-questionnaires : le *Medication Adherence Questionnaire* (MAQ) et le *Drug Attitude Inventory* (DAI).
- du *Life Chart Schedule* (LCS), document complété par les soignants en charge du patient.

Le tableau 2 de cette étude présentait les résultats sur l'adhésion aux traitements et concluait à une absence de différence significative entre les deux groupes.

Table 2. Effects of Interventions on Adherence Rates

	Motivational Interviewing (<i>n</i> = 30)		Health Education (<i>n</i> = 32)		<i>P</i> ^a
	Mean	SD	Mean	SD	
MAQ ^b					
T0 (baseline)	3.00	1.34	3.13	1.24	
T1 (posttreatment)	3.34	0.99	3.13	1.12	.34
T2 (6-mo follow-up)	2.97	1.42	3.38	1.11	.21
DAI ^c					
T0 (baseline)	6.86	2.18	6.03	2.30	
T1 (posttreatment)	6.64	2.50	6.38	1.98	.72
T2 (6-mo follow-up)	6.89	2.39	6.67	2.52	.70
LCS adherence score by physician and/or caregiver ^d					
T0 (baseline)	4.45	0.76	4.31	0.96	
T1 (posttreatment)	4.32	0.84	4.17	0.81	.74
T2 (6-mo follow-up)	4.33	0.82	4.36	0.71	.83

Note: ^aUnivariate analysis with baseline value as covariate.

^bMAQ, medication adherence questionnaire, score ranges 0–4.

^cDAI, Drug Attitude Inventory, score ranges 0–10.

^dLCS, life chart schedule, score ranges 1–5.

Des analyses de sous-groupes retrouvaient néanmoins une interaction significative entre l'adhésion aux traitements (MAQ et LCS) et la voie d'administration du traitement (Oral vs Injection Retard) (*p* 0.039 et *p* 0.009 respectivement). Il a été également rapporté un lien significatif entre adhésion (DAI) et groupe d'âges (plus ou moins de 35 ans).

Cela suggère que les patients étant traités par injection retard et les patients dit « jeunes », c'est-à-dire de moins de 35 ans, seraient également plus favorables à la médication par antipsychotiques lorsqu'ils ont bénéficié des séances d'entretien motivationnel.

Mais hormis ces sous-groupes, aucune efficacité significative de l'intervention par entretien motivationnel n'a été retrouvée.

A l'inverse, **l'étude d'Ertem de 2019** (55) retrouvait, une meilleure adhésion aux traitements lors de l'utilisation de l'entretien motivationnel.

Cette étude incluait 40 patients schizophrènes suivis en ambulatoire par des unités spécialisées dans la psychose pendant 6 mois. Les patients ont été randomisés dans deux groupes : un groupe d'intervention ayant bénéficié de 6 séances d'entretien motivationnel, et un groupe contrôle sans intervention particulière, hormis des soins courants. Ces entretiens ont été conduits par des infirmiers.

L'adhésion aux traitements y a été évaluée et ce par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire, le *Self-Reported Measure of Medication Adherence* (SRMMA). Il s'agit d'un

questionnaire avec une faible consistance interne et comportant uniquement 4 questions, les résultats seront donc à prendre avec précaution.

Sur le tableau 3 de cette étude, une efficacité significative sur l'adhésion aux traitements antipsychotiques était retrouvée entre pré-intervention et suivi à 6 mois.

TABLE 3 Comparision of treatment adherence levels of patients in the intervention and control groups

Self-Reported Measure of Medication Adherence	Intervention (n = 20)	Control (n = 20)	Z	p
	Median (Min.-Max.)	Median (Min.-Max.)		
T1	1.25 (1-2)	1.30 (1-2)	-0.350	1
T2	0.69 (0-2)	1.67 (0-2)	-3.223	0.001
T3	0.45 (0-1)	1.63 (0-2)	-4.554	<0.001
T4	0.30 (0-1)	1.53 (0-2)	-4.689	<0.001
Friedman Test p	<0.001	0.061		
Significant Difference	T1 > T4, T2 > T4			

T1 : Pré EM ; T2 : Post EM ; T3 : suivi à 3 mois ; T4 : suivi à 6 mois.

Ertem et al. se sont également attardés sur l'insight des patients schizophrènes (55).

En effet, l'une des hypothèses de la difficulté des patients schizophrènes à adhérer aux traitements serait inhérente à la pathologie elle-même, et en particulier au « manque d'insight » des schizophrènes.

L'insight est la capacité à reconnaître et accepter l'existence d'une maladie mentale. C'est un concept qui comprend trois dimensions : la conscience de la maladie, la capacité à nommer les expériences psychotiques comme « anormales » et la compliance aux traitements.

Lors de cette étude, le niveau d'insight a été évalué par le *Schedule for Assessing the Three Components of Insight (SATCI)*.

Les résultats de cette évaluation sont consignés dans le tableau 2 de cette étude et concluaient à une différence significative en post entretien motivationnel, à 3 mois, à 6 mois avec un plus haut niveau d'insight parmi le groupe interventionnel par rapport au groupe contrôle.

Un plus grand insight était également observé dans les sous catégories de cette échelle (adhésion aux traitements, conscience et reconnaissance juste de l'expérience psychotique).

TABLE 2 Comparison of intervention and control group according to insight levels of patients

	Intervention (n = 20)	Control (n = 20)	Z	p
Insight	Median (Min.-Max.)	Median (Min.-Max.)		
T1	12.50 (5-18)	11.29 (3-18)	-1.060	0.303
T2	15.38 (6-18)	11.50 (3-18)	-2.220	0.026
T3	16.67 (10-18)	13.67 (3-18)	-2.508	0.011
T4	17.36 (9-18)	14.00 (3-18)	-2.953	0.002
Friedman Test p	<0.001	0.002		
Significant Difference	T3 > T1, T4 > T1, T3 > T2, T4 > T2	T4 > T1, T3 > T1		
Treatment Adherence	Median (Min.-Max.)	Median (Min.-Max.)	Z	p
T1	3.47 (1-4)	2.82 (1-4)	-0.973	0.338
T2	3.67 (2-4)	2.94 (1-4)	-1.596	0.115
T3	3.72 (2-4)	3.43 (1-4)	-1.272	0.216
T4	3.85 (3-4)	3.43 (1-4)	-2.033	0.038
Friedman Test p	0.004	0.166		
Significant Difference	T1 < T4			
Awareness	Median (Min.-Max.)	Median (Min.-Max.)	Z	p
T1	4.70 (0-6)	3.71 (1-6)	-1.186	0.243
T2	5.29 (0-6)	4.00 (2-6)	-2.116	0.037
T3	5.72 (2-6)	4.63 (0-6)	-2.943	0.004
T4	5.89 (2-6)	5.17 (0-6)	-2.771	0.005
Friedman Test p	<0.001	0.029		
Significant Difference	T3 > T1, T4 > T1	T4 > T1		
Correct Recognition of Psychotic Experiences	Median (Min.-Max.)	Median (Min.-Max.)	Z	p
T1	5.29 (1-8)	4.45 (0-8)	-1.194	0.240
T2	6.40 (1-8)	4.50 (0-8)	-2.206	0.030
T3	7.29 (2-8)	5.17 (0-8)	-2.484	0.013
T4	7.60 (2-8)	5.17 (1-8)	-2.926	0.004
Friedman Test p	<0.001	0.003		
Significant Difference	T3 > T1, T4 > T1, T3 > T2, T4 > T2	T4 > T1		

III.4.3.1.2 Adhésion à une psychothérapie

Deux études réalisées **en 2016 et 2022 (Fiszdon)** (52,53) sur la base du même protocole, se sont intéressées à l'impact de l'entretien motivationnel sur la réhabilitation cognitive chez les patients psychotiques.

Les liens entre cognition et impact fonctionnel chez les patients schizophrènes sont bien établis (58). La réhabilitation cognitive est une intervention qui a toute son utilité dans la prise en charge des patients schizophrènes.

Dans les deux études, les patients ont tous bénéficié d'un traitement par réhabilitation cognitive (de 4 semaines pour la première étude et de 4 mois pour la seconde), précédé pour les groupes interventionnels de 2 sessions d'entretien motivationnel et pour le deuxième groupe de 2 sessions « d'entretien fictif » (qui consistait à faire un point général sur les méthodes préférentielles d'apprentissage des patients).

La motivation et l'adhésion à la réhabilitation cognitive ont été évaluées par l'intermédiaire de l'*Intrinsic Motivation Inventory for Schizophrenia* (IMI-SR), un auto-questionnaire qui est conçu pour évaluer l'expérience subjective d'une tâche d'apprentissage.

Les deux études retrouvaient une augmentation significative de la motivation par l'intermédiaire de l'IMI (Figure 2 pour l'étude de 2016, et table 2 pour celle de 2022). L'étude de 2022 s'est intéressée aux 3 sous-groupes de l'IMI et retrouvait une augmentation significative de la motivation dans les sous-groupes « intérêt » et « valeur » mais pas dans le sous-groupe « choix perçu ».

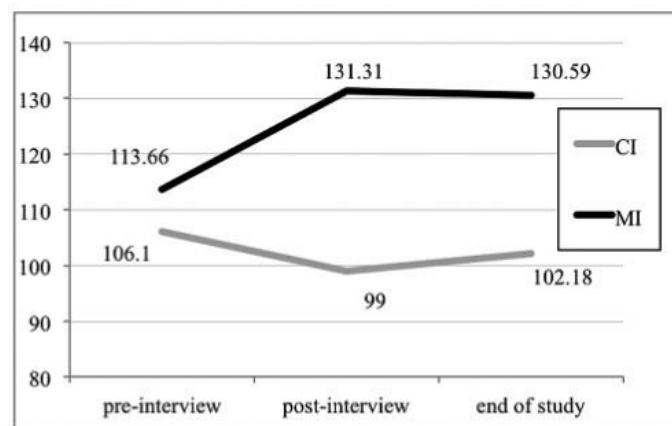


Fig. 2. Intrinsic Motivation Inventory total score, over time.

Table 2

Estimated differences in motivation change scores between MI and CI conditions.

IMI, post-interview - baseline	MI-CI difference in Est mean change	SE	P value
Δ IMI total score	5.05	3.07	0.10
Δ IMI interest	2.31	1.31	0.08
Δ IMI perceived choice	-0.11	1.2	0.93
Δ IMI value	2.84	1.14	0.014

Note.

IMI: Intrinsic Motivation Inventory.

Lors de ces études le taux de participation aux séances de réhabilitation cognitive a également été pris en compte pour l'évaluation de l'adhésion à la thérapie.

La première étude retrouvait un taux plus important de participation dans le groupe EM à la fin de la 4^{ème} semaine avec 5.06 séances pour le groupe EM vs 0.96 pour le groupe contrôle ($p < 0.01$) (Figure 3).

Cela se confirmait également lors de la seconde étude avec un taux de participation à la fin du 4^{ème} mois, de 7.7 séances pour le groupe EM vs 4.98 dans le groupe contrôle (p 0.24).

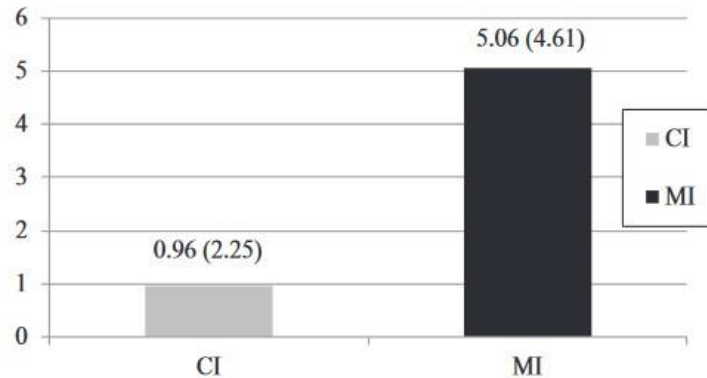


Fig. 3. Mean number of sessions attended and SD, by condition.

Ces études montraient une plus grande efficacité sur l'adhésion aux traitements non médicamenteux par rapport à ceux médicamenteux. Est évoqué le fait que les traitements non médicamenteux sont potentiellement plus acceptés par les patients (absence d'effets secondaires).

III.4.3.2 Efficacité sur la symptomatologie psychotique

Malheureusement seule une étude (Barkhof, que nous avons citée précédemment) (54) a évalué l'efficacité de l'entretien motivationnel sur la symptomatologie psychotique par l'intermédiaire de la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS). Pour rappel, elle comparait 8 sessions d'entretien motivationnel vs 8 sessions de « *health education* » (HE). Aucune différence significative n'a été retrouvée dans les deux groupes lors des 6 mois de suivi.

A noter que cette même étude n'avait pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes vis-à-vis de l'adhésion aux traitements. L'absence de majoration de l'observance des antipsychotiques peut être une hypothèse à l'absence d'amélioration de la symptomatologie.

Cependant, cette même étude a démontré que 6 mois après l'intervention, 27% des patients du groupe EM ont été hospitalisés vs 40% dans le groupe contrôle (p 0.187).

Les sous-groupes présentant une réduction significative du taux d'hospitalisation avec le traitement par entretien motivationnel étaient les moins de 35 ans (p 0.012), les femmes (p 0.041) et les patients dont la durée de la maladie était inférieure à 6 mois (p 0.040).

Les « jeunes » semblent ainsi plus réceptifs à l'entretien motivationnel.

III.4.4 Troubles des conduites alimentaires

Uniquement 2 études sur les TCA. A noter que plusieurs ont été exclues lors du tri en raison de l'inclusion dans ces dernières d'une population en partie pédiatrique.

Aucune de ces études ne s'intéressait à l'anorexie mentale. Les deux ont inclus des patients présentant des boulimies.

III.4.4.1 Efficacité sur la symptomatologie boulimique

La première étude, **Vella Zarb de 2015** (59) a évalué 45 patients avec un diagnostic de boulimie ou hyperphagie boulimique. Ces patients ont bénéficié soit d'une session d'entretiens motivationnels (groupe traitement) soit d'une session de psycho-éducation (groupe contrôle). Puis chaque patient s'est vu confier un livre d'aide intitulé « *Overcoming Binge Eating* » (traduction française : Surpasser les compulsions alimentaires). Des questionnaires de suivi ont été complétés au terme d'une durée d'1 mois, puis de 4 mois.

La symptomatologie a été évaluée à l'aide de l'*Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q). Aucune différence significative entre les deux groupes n'a été constatée. Les symptômes se réduisaient de façon similaire dans les deux groupes.

La deuxième étude, **Katzman 2010**, a évalué 225 patients présentant un diagnostic de boulimie ou de boulimie subclinique (critère DSM-5 identique hormis fréquence et durée du trouble). L'entretien motivationnel était sous forme de MET (60).

L'étude s'est intéressée d'une part à la différence entre prise en charge avec entretien motivationnel et sans entretien motivationnel et d'autre part à la différence entre TCC de groupe

et TCC individuelle. Pour se faire, ils ont randomisé les patients en 3 groupes, qui bénéficiaient chacun de deux phases de traitement :

- Phase 1 : 4 sessions de MET individuelle ; Phase 2 : 8 sessions TCC individuelle (MET-I).
- Phase 1 : 4 sessions de MET individuelle ; Phase 2 : 8 sessions TCC de groupe (MET-G).
- Phase 1 : 4 sessions de TCC individuelle ; Phase 2 : 8 sessions de TCC de groupe (CBT-G).

La symptomatologie clinique était évaluée avec une échelle différente de la première étude : la *Short Evaluation of Eating Disorder*, était complétée par le thérapeute et par le patient mais séparément (à la base, à l'issue de la phase 1 et à l'issue de la phase 2).

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre MET (G et I) et TCC.

Les deux articles en viennent aux mêmes conclusions : amélioration de la symptomatologie dans le temps, mais aucune différence significative entre les groupes.

III.4.4.2 Adhésion aux traitements

Les deux études que nous avons évoquées précédemment se sont toutes deux posées la question de la motivation au changement et de l'adhésion à la psychothérapie.

Vella Zarb (59) a évalué la préparation au changement par l'intermédiaire de l'*University of Throde Island Stage of Change Assessment* (URICA) et le sentiment d'efficacité personnel par le *Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire* (WEL).

On retrouvait une augmentation significative de ces deux aspects dans le groupe bénéficiant de l'entretien motivationnel comparé au groupe contrôle (table 1).

TABLE 1. Means and standard deviation by treatment group at all time points

	PED baseline (N = 21)	MI baseline (N = 24)	PED post-session (N = 21)	MI post-session (N = 24)	PED 1-month (N = 21)	MI 1-month (N = 24)	PED 4-months (N = 21)	MI 4-months (i = 24)
Variables	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
URICA Readiness Composite ^{a,b}	10.27 (1.69)	9.25 (1.85)	10.52 (1.28)	10.24 (1.35)	—	—	—	—
WEL Total ^{a,b}	71.62 (28.18)	72.83 (25.80)	73.04 (27.12)	92.39 (26.07)	—	—	—	—
EDE-Q Global ^b	3.48 (0.90)	3.46 (1.35)	—	—	2.70 (1.00)	2.81 (1.12)	2.59 (1.19)	2.70 (1.21)

^a $p < .05$ significant group \times time interaction.

^b $p < .01$ significant main effect of time.

PED = Psychoeducation, MI = Motivational Interviewing, URICA = University of Rhode Island Stages of Change Assessment Scale, WEL = Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire, EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire.

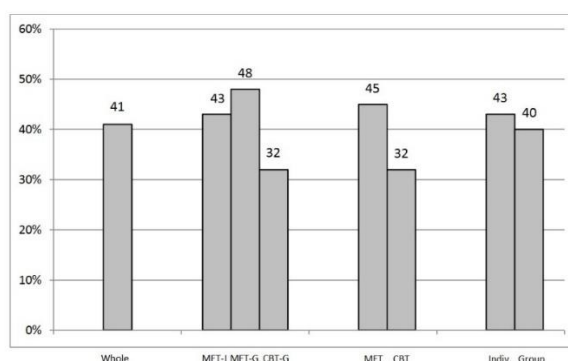
L'étude de Katzman (60) a également évalué la préparation au changement par l'intermédiaire de l'URICA ainsi que le taux d'abandon de la psychothérapie.

La phase 1 était considérée comme complète si l'ensemble des séances était achevé, et la phase 2 si 6 séances ou plus étaient achevées.

On considérait un patient comme ayant « abandonné » le traitement si la phase 1 et 2 étaient incomplètes ou si la phase 1 était complète mais pas la phase 2.

L'étude n'a pas retrouvé de différence significative entre les groupes par rapport à l'abandon du traitement. On peut même remarquer sur le schéma ci-dessous, un taux plus important d'abandons dans le groupe MET que TCC.

Figure 2. Treatment dropout by condition



Dans ces deux études, le score URICA retrouvait dans l'évaluation de base, avant l'intervention thérapeutique, un stade de contemplation du modèle transthéorique de Prochaska et Diclemente, c'est-à-dire le stade de l'ambivalence.

IV. DISCUSSION

Les troubles psychiatriques retrouvés dans cette revue systématique de la littérature sont : les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les troubles psychotiques et les troubles des conduites alimentaires.

En comparaison avec la revue de littérature de 2012 (22) évaluant l'efficacité de l'entretien motivationnel, de récentes études sur les troubles dépressifs ont été publiées dans l'intervalle. Cependant la présente revue n'a pas recensé de nouvelles études sur l'anorexie et les TOC. Deux raisons possibles à cela : la consultation a été réalisée à partir de bases de recherche différentes (Medline et Web Of Science) et/ou ces études concernaient, en partie ou exclusivement, une population pédiatrique.

Dans l'ensemble de ces articles, 2 dimensions ont été évaluées : l'effet sur la symptomatologie du trouble psychiatrique et l'effet sur l'adhésion à la thérapie (médicamenteuse ou non).

IV.1 Adhésion

Selon l'OMS, la non-adhésion médicamenteuse est définie comme « le cas où le comportement d'une personne qui prend des médicaments ne correspond pas aux recommandations d'un professionnel de la santé ». Ce comportement peut être intentionnel comme non intentionnel. Cela inclut ne pas utiliser ou faire renouveler l'ordonnance, ne pas poursuivre le traitement jusqu'à la fin de la thérapie, prendre plus ou moins de médicaments par rapport à ce qui est prescrit, et/ou prendre la dose au mauvais moment (61).

IV.1.1 Adhésion aux psychotropes

La non-adhésion aux traitements psychotropes est très fréquente chez les patients avec des troubles psychiatriques sévères. Une méta-analyse de 47 études de 2020 retrouvait un pourcentage de 56% de non-adhésions chez les patients schizophrènes, 50% chez les patients dépressifs et 44% chez les patients bipolaires (62).

Dans la présente revue, peu d'études se sont intéressées à l'adhésion aux psychotropes (43,54,55). Elles comprenaient l'adhésion aux antidépresseurs et aux antipsychotiques. Une efficacité significative de l'adhésion aux psychotropes a été retrouvée pour ces deux classes de traitement. Mais les résultats pour les antipsychotiques sont plus mitigés.

Il est important de noter que l'efficacité de l'entretien motivationnel sur l'adhésion aux antipsychotiques a été retrouvée dans une étude qui incluait des patients en ambulatoire présentant une schizophrénie. A l'inverse, l'autre étude évaluant des patients schizophrènes s'est intéressée uniquement à ceux qui avaient expérimenté une rechute psychotique récente et/ou une détérioration clinique et ce, à la suite d'une non-adhésion aux traitements psychotropes et/ou d'une hospitalisation récente. Les patients pouvaient provenir d'un milieu hospitalier comme ambulatoire. Cette dernière étude ne retrouvait d'amélioration significative de l'adhésion que chez les patients jeunes et/ou recevant des traitements par injection retard.

L'explication de ces résultats se trouve possiblement dans la présence ou non d'ambivalence chez les patients inclus dans ces deux essais. En effet les principaux facteurs de non-adhésion aux psychotropes incluent d'une part l'attitude négative à l'encontre du traitement, d'autre part les croyances négatives de santé et enfin le manque d'insight et la stigmatisation (62) qui sont des signes très présents dans la pathologie schizophrénique (63).

Si l'augmentation de l'insight peut être un objectif de l'entretien motivationnel, il est possible qu'il représente également la cause d'une absence d'ambivalence.

Or l'entretien motivationnel a pour objectif la résolution de l'ambivalence en promouvant le discours changement (1). L'ambivalence des patients de la première étude était peut-être plus « facilement » résoluble que pour ceux de la seconde étude.

Quoi qu'il en soit, l'efficacité significative de l'entretien motivationnel retrouvée pour 2 études sur 3 est en accord avec la littérature concernant l'efficacité de l'entretien motivationnel sur l'adhésion aux traitements (9).

Par ailleurs, si l'entretien motivationnel permet une meilleure adhésion à la pharmacothérapie dans deux pathologies avec un fort taux de non-adhésions, des études seraient à envisager sur l'utilisation de cette technique d'entretien pour l'adhésion aux thymorégulateurs chez les patients présentant un trouble bipolaire.

IV.1.2 Adhésion aux traitements non médicamenteux

IV.1.2.1 Adhésion aux TCC

L'adhésion aux TCC a été étudiée dans les études s'intéressant aux troubles anxieux et aux troubles des conduites alimentaires (30–32,35,37,59,60).

Une efficacité significative de l'entretien motivationnel sur l'adhésion aux TCC a été mise en évidence dans les troubles anxieux. Des résultats contraires ont été constatés dans les études concernant les troubles des conduites alimentaires.

Il est peu surprenant de ne pas trouver d'études évaluant l'utilisation des TCC dans les troubles psychotiques dans la présente revue. En effet de récentes méta-analyses retrouvaient une amélioration de la symptomatologie de faible ampleur, voire aucune (64). De plus, aucune amélioration de la qualité de vie des patients psychotiques avec une prise en charge par TCC n'a pu être prouvée (64). Certains auteurs ont même avancé que la TCC n'était pas appropriée dans les troubles psychotiques et qu'elle devait être utilisée pour augmenter l'adhésion aux antipsychotiques et non s'en substituer (65).

IV.1.2.2 Réhabilitation cognitive dans les troubles psychotiques

L'entretien motivationnel augmente de façon significative la motivation et la participation aux séances de réhabilitation cognitive dans deux études (56,57).

IV.2 Effets sur la symptomatologie

IV.2.1 Troubles anxieux

Dans les troubles anxieux, les patients ont tous bénéficié d'une prise en charge par TCC (29–32,35,37). L'ajout de sessions d'entretien motivationnel, n'a pas amélioré de façon significative la symptomatologie des troubles étudiés hormis dans le cadre d'une seule étude évaluant le trouble anxieux généralisé (TAG) (32).

En effet, cette étude retrouvait une efficacité à distance et au long cours de la prise en charge (après 12 mois de séances).

Nous pouvons soulever 3 hypothèses à ces résultats :

Premièrement, l'étude ayant noté une efficacité significative de l'entretien motivationnel sur le TAG avait prévu un suivi dans le temps le plus long parmi les études concernant les troubles anxieux. Il est possible que des améliorations significatives auraient pu être retrouvées dans les autres études si leur suivi avait été plus long. L'entretien motivationnel montrerait alors une efficacité dans la réduction des troubles sur le long terme.

Deuxièmement, bien que les TCC s'attachent à la mise en place d'une relation de partenariat entre le patient et le thérapeute, ces thérapies sont généralement courtes et basées sur la réalisation de tâches assignées. A la fin de la thérapie, le patient pourrait se sentir alors désemparé, sans « direction ». La mise en lumière d'une motivation intrinsèque par l'entretien motivationnel pourrait alors garantir davantage le maintien de l'amélioration symptomatologique dans le temps.

Troisièmement, l'efficacité retrouvée de l'entretien motivationnel peut être due à la pathologie en elle-même. En effet, les patients présentant un TAG se décrivent de façon stéréotypée comme étant « soumis » et faisant preuve d'une amabilité excessive (66). Ils auraient alors tendance à se placer dans une position passive lors de la thérapie et non de participant actif. L'entretien motivationnel permettrait le développement de la motivation intrinsèque et l'appropriation de la thérapie chez ces patients. Et par conséquent le maintien au long cours de l'amélioration clinique.

IV.2.2 Troubles dépressifs

Des résultats contraires sont retrouvés lorsque l'entretien motivationnel est utilisé conjointement avec la TCC dans les études ayant évalué troubles anxieux et dépressions indistinctement (29,31).

Toutefois, il est à noter que l'entretien motivationnel semble avoir des effets prometteurs sur la symptomatologie au long cours lorsque son objectif est l'adhésion aux antidépresseurs. Selon l'ANSM, dans les recommandations de bonnes pratiques, les antidépresseurs constituent le traitement pharmacologique de référence des épisodes dépressifs caractérisés d'intensité modérée à sévère (67). On peut émettre l'hypothèse que l'amélioration clinique retrouvée est en lien avec le fait que l'entretien motivationnel a permis d'éviter les rechutes et/ou une résistance aux antidépresseurs dues à une mauvaise observance.

IV.2.3 Autres troubles

On ne retrouve pas d'amélioration symptomatologique globale dans le cadre de la boulimie et des troubles psychotiques (54,59,60). Cependant, il a été constaté une amélioration des symptômes psychotiques dans une population de femmes, jeunes, ayant été diagnostiquées récemment.

IV.3 Limites de la revue

La première limite de cette revue se trouve dans la réalisation même de celle-ci. En effet, la sélection et la lecture des études n'ont été réalisées que par un seul lecteur. Afin de réduire ce biais, ont été mis en œuvre un minimum de deux lectures à deux temporalités différentes et l'implication de la directrice de thèse dans la sélection finale en cas de doute (lors du 1^{er} tri puis du second).

Ensuite, il n'y a que 15 études retrouvées en analyses finales, et ces études sont majoritairement à un risque de biais fort et intermédiaire.

Il est aussi à considérer une hétérogénéité importante des échelles utilisées pour l'évaluation des symptômes et/ou de l'adhésion aux traitements. Très peu d'articles utilisent les mêmes échelles d'évaluation.

Enfin, la réalisation de l'entretien motivationnel était très hétérogène sur plusieurs plans :

- Utilisation de formats différents (entretien motivationnel et adaptation).
- Variabilité dans la durée et le nombre des séances.
- Le corps de métier du professionnel menant l'entretien (psychologues et étudiants en psychologie, infirmiers, psychiatres...).
- La formation à l'entretien motivationnel des thérapeutes.

Pour ce dernier point, il est important de prendre en considération que le comportement de ces thérapeutes peut être variable malgré une formation et une supervision similaires (2). A ce jour, le MINT (*Motivational interviewing network training*) et l'AFDEM (Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel) recommandent 6 jours de formation théorique, de la pratique et une supervision de cette pratique dès le début de l'apprentissage. Il est proposé l'enregistrement d'entretiens, qui sont codés en utilisant un outil de codage, le MITI 4.2. Pour maintenir et développer leurs compétences, l'autoévaluation (à l'aide d'enregistrements, son et/ou vidéo), l'intervision en groupes de pairs et la supervision sont fortement recommandées aux thérapeutes. Cependant, seules certaines études évaluaient les compétences des thérapeutes par l'intermédiaire du MITI.

V. CONCLUSION

La revue systématique de la littérature se posant la question de l'efficacité de l'entretien motivationnel dans les troubles psychiatriques hors addictologie, retrouve une efficacité significative de l'entretien motivationnel dans l'adhésion aux traitements psychotropes, dans l'adhésion de la TCC chez les patients anxieux et dans la réhabilitation cognitive chez les patients schizophrènes.

Les résultats sont plus mitigés concernant l'amélioration de la symptomatologie des troubles psychiatriques. On retrouve une efficacité significative dans le cadre du TAG et on note des effets encourageant dans la dépression.

Toutefois, il est à regretter un nombre insuffisant d'études traitant ce sujet dans la littérature et une hétérogénéité dans leur déroulement et leur présentation (formats, échelles, formation des thérapeutes...). Cette revue de la littérature ne permet pas de déboucher sur des résultats totalement reproductibles.

Quoi qu'il en soit, l'entretien motivationnel déjà reconnu comme bénéfique en addictologie, semble également prometteur dans les pathologies psychiatriques. Ainsi, il serait très souhaitable qu'un plus grand nombre d'études randomisées contrôlées soient conduites afin de pouvoir conclure de façon plus précise à l'avenir sur l'efficacité de l'entretien motivationnel. Ces études pourraient également être étendues à d'autres troubles psychiatriques, tels que le trouble bipolaire et les troubles de personnalité.

VI. Bibliographie

1. Miller WR, Rollnick S, Lécailier D, Michaud P. L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement. 2e éd. Paris: Interéditions; 2013. (Développement personnel et accompagnement).
2. Fortini C, Daepfen JB. L'entretien motivationnel : développements récents. *Psychothérapies*. 2011;31(3):159-65.
3. Miller WR. *Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*. 1er ed. Diane Pub Co; 1994. 121 p.
4. Noonan WC, Moyers TB. Motivational interviewing. *Journal of Substance Misuse*. 1 janv 1997;2(1):8-16.
5. Belkacem A, Benyamina A, Blecha L, Reynaud M, Lukasiewicz M. L'entretien motivationnel: Évaluation de l'efficacité en addictologie. [Motivational interview. Evaluation of efficacy in addiction medicine.]. *Alcoologie et Addictologie*. 2009;31(2):129-40.
6. Cleary M, Hunt GE, Matheson S, Walter G. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(2):238-58.
7. Ekong G, Kavookjian J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 1 juin 2016;99(6):944-52.
8. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*. 1 nov 2013;93(2):157-68.
9. Palacio A, Garay D, Langer B, Taylor J, Wood BA, Tamariz L. Motivational Interviewing Improves Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis. *J GEN INTERN MED*. 1 août 2016;31(8):929-40.
10. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
11. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f334423054>
12. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).

13. Santé mentale [Internet]. [cité 26 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health>
14. Troubles mentaux [Internet]. [cité 26 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
15. Westra HA, Aviram A, Doell FK. Extending motivational interviewing to the treatment of major mental health problems: current directions and evidence. *Can J Psychiatry*. nov 2011;56(11):643-50.
16. Hussain A et al. Study of non-compliance and its reasons in outdoor patients with mental illness of a public hospital. *Pakistan Journal of pharmacie*. 2006;21-4.
17. Franco-Antonio C, Santano-Mogena E, Chimento-Díaz S, Sánchez-García P, Cordovilla-Guardia S. A randomised controlled trial evaluating the effect of a brief motivational intervention to promote breastfeeding in postpartum depression. *Sci Rep*. 10 janv 2022;12(1):373.
18. Ferron JC, Devitt T, McHugo GJ, A Jonikas J, Cook JA, Brunette MF. Abstinence and Use of Community-Based Cessation Treatment After a Motivational Intervention Among smokers with Severe Mental Illness. *Community Ment Health J*. mai 2016;52(4):446-56.
19. Hecht J, Rigotti NA, Minami H, Kjome KL, Bloom EL, Kahler CW, et al. Adaptation of a sustained care cessation intervention for smokers hospitalized for psychiatric disorders: Study protocol for a randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials*. août 2019;83:18-26.
20. Brown RA, Minami H, Hecht J, Kahler CW, Price LH, Kjome KL, et al. Sustained Care Smoking Cessation Intervention for Individuals Hospitalized for Psychiatric Disorders: The Helping HAND 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 1 août 2021;78(8):839-47.
21. Wang W, Chau AKC, Kong P, Sun X, So SHW. Efficacy of Motivational Interviewing in Treating Co-occurring Psychosis and Substance Use Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 28 déc 2021;83(1):21r13916.
22. Fond G, Ducasse D, Attal J, Larue A, Macgregor A, Brittner M, et al. Appliquer quelques concepts simples de l'entretien motivationnel dans la pratique psychiatrique au quotidien. *PSN*. 2012;10(1):51-62.
23. Leray E, Camara A, Drapier D, Riou F, Bougeant N, Pelissolo A, et al. Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: Results from the "Mental Health in General Population" Survey (MHGP). *European Psychiatry*. sept 2011;26(6):339-45.
24. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJH. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*. oct 2016;15(3):245-58.
25. Tolin DF. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 1 août 2010;30(6):710-20.
26. Springer KS, Levy HC, Tolin DF. Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. avr 2018;61:1-8.
27. Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 24 janv 2007;2007(1):CD001848.

28. Loerinc AG, Meuret AE, Twohig MP, Rosenfield D, Bluett EJ, Craske MG. Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical Psychology Review*. 1 déc 2015;42:72-82.
29. Ponsford J, Lee NK, Wong D, McKay A, Haines K, Alway Y, et al. Efficacy of motivational interviewing and cognitive behavioral therapy for anxiety and depression symptoms following traumatic brain injury. *Psychol Med*. avr 2016;46(5):1079-90.
30. Barrera TL, Smith AH, Norton PJ. Motivational Interviewing as an Adjunct to Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety. *J Clin Psychol*. janv 2016;72(1):5-14.
31. Marker I, Corbett BE, Drummond SPA, Norton PJ. Intermittent Motivational Interviewing and Transdiagnostic CBT for Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *J Anxiety Disord*. oct 2020;75:102276.
32. Westra HA, Constantino MJ, Antony MM. Integrating motivational interviewing with cognitive-behavioral therapy for severe generalized anxiety disorder: An allegiance-controlled randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. sept 2016;84(9):768-82.
33. Durham RC, Fisher PL, Dow MGT, Sharp D, Power KG, Swan JS, et al. Cognitive behaviour therapy for good and poor prognosis generalized anxiety disorder: a clinical effectiveness study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2004;11(3):145-57.
34. Steinert C, Hofmann M, Leichsenring F, Kruse J. What do we know today about the prospective long-term course of social anxiety disorder? A systematic literature review. *Journal of Anxiety Disorders*. 1 oct 2013;27(7):692-702.
35. Titov N, Andrews G, Schwencke G, Robinson E, Peters L, Spence J. Randomized controlled trial of Internet cognitive behavioural treatment for social phobia with and without motivational enhancement strategies. *Aust N Z J Psychiatry*. oct 2010;44(10):938-45.
36. Cuijpers P, Marks IM, van Straten A, Cavanagh K, Gega L, Andersson G. Computer-Aided Psychotherapy for Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review. *Cognitive Behaviour Therapy*. 1 juin 2009;38(2):66-82.
37. Peters L, Romano M, Byrow Y, Gregory B, McLellan LF, Brockveld K, et al. Motivational interviewing prior to cognitive behavioural treatment for social anxiety disorder: A randomised controlled trial. *J Affect Disord*. 1 sept 2019;256:70-8.
38. Westra HA. *Motivational Interviewing in the Treatment of Anxiety*. Guilford Press; 2012. 321 p.
39. Fernandez E, Salem D, Swift JK, Ramtahal N. Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *J Consult Clin Psychol*. déc 2015;83(6):1108-22.
40. Kazantzis N, Whittington C, Zelencich L, Kyrios M, Norton PJ, Hofmann SG. Quantity and Quality of Homework Compliance: A Meta-Analysis of Relations With Outcome in Cognitive Behavior Therapy. *Behavior Therapy*. 1 sept 2016;47(5):755-72.
41. Woody SR, Adessky RS. Therapeutic alliance, group cohesion, and homework compliance during cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behavior Therapy*. 1 déc 2002;33(1):5-27.

42. Beck, M.D. AT, Alford, Ph.D. BA. Depression: Causes and Treatment [Internet]. University of Pennsylvania Press; 2009 [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.9783/9780812290882/html>
43. Interian A, Lewis-Fernández R, Gara MA, Escobar JI. A randomized-controlled trial of an intervention to improve antidepressant adherence among Latinos with depression. *Depress Anxiety*. juill 2013;30(7):688-96.
44. Bombardier CH, Ehde DM, Gibbons LE, Wadhvani R, Sullivan MD, Rosenberg DE, et al. Telephone-based physical activity counseling for major depression in people with multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol*. févr 2013;81(1):89-99.
45. Keeley RD, Brody DS, Engel M, Burke BL, Nordstrom K, Moralez E, et al. Motivational interviewing improves depression outcome in primary care: A cluster randomized trial. *J Consult Clin Psychol*. nov 2016;84(11):993-1007.
46. Brosse AL, Sheets ES, Lett HS, Blumenthal JA. Exercise and the Treatment of Clinical Depression in Adults. *Sports Med*. 1 oct 2002;32(12):741-60.
47. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Jeste DV. Prevalence of and Risk Factors for Medication Nonadherence in Patients With Schizophrenia: A Comprehensive Review of Recent Literature. *J Clin Psychiatry*. 1 oct 2002;63(10):15489.
48. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*. 22 sept 2005;353(12):1209-23.
49. Fischer EP, McCarthy JF, Ignacio RV, Blow FC, Barry KL, Hudson TJ, et al. Longitudinal patterns of health system retention among veterans with schizophrenia or bipolar disorder. *Community Ment Health J*. oct 2008;44(5):321-30.
50. Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2002;63(12):1121-8.
51. Ascher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, Ernst FR, Swartz MS, Swanson JW. Medication Adherence and Long-Term Functional Outcomes in the Treatment of Schizophrenia in Usual Care. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2006;67(3):453-60.
52. Rüsç N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2002;26(1):23-32.
53. Moskowitz A, Heim G. Eugen Bleuler's Dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. *Schizophr Bull*. mai 2011;37(3):471-9.
54. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LMJ, Linszen DH, de Haan L. The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode schizophrenia. *Schizophr Bull*. nov 2013;39(6):1242-51.
55. Ertem MY, Duman ZÇ. The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspect Psychiatr Care*. janv 2019;55(1):75-86.

56. Fiszdon JM, Kurtz MM, Choi J, Bell MD, Martino S. Motivational Interviewing to Increase Cognitive Rehabilitation Adherence in Schizophrenia. *Schizophr Bull.* mars 2016;42(2):327-34.
57. Fiszdon JM, Choi J, Wang K, Parente LT, Hallinan S, Burton E, et al. Motivational interviewing to enhance psychosocial treatment attendance in people with SMI. *Schizophr Res.* août 2022;246:165-71.
58. Green MF, Kern RS, Heaton RK. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research.* 15 déc 2004;72(1):41-51.
59. Vella-Zarb RA, Mills JS, Westra HA, Carter JC, Keating L. A Randomized controlled trial of motivational interviewing + self-help versus psychoeducation + self-help for binge eating. *Int J Eat Disord.* avr 2015;48(3):328-32.
60. Katzman MA, Bara-Carril N, Rabe-Hesketh S, Schmidt U, Troop N, Treasure J. A randomized controlled two-stage trial in the treatment of bulimia nervosa, comparing CBT versus motivational enhancement in Phase 1 followed by group versus individual CBT in Phase 2. *Psychosom Med.* sept 2010;72(7):656-63.
61. World Health Organization. Adherence to long-term therapies : evidence for action [Internet]. World Health Organization; 2003 [cité 8 sept 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
62. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 16 janv 2020;9(1):17.
63. Dequelson A, Saloppé X, Bandinelli A. Insight, Stigma et Auto-stigmatisation : l'intime conviction appliquée aux patients schizophrènes hospitalisés au sein d'un hôpital psychiatrique sécurisé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 1 déc 2015;173(10):913-5.
64. Laws KR, Darlington N, Kondel TK, McKenna PJ, Jauhar S. Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC Psychol.* 17 juill 2018;6:32.
65. Birchwood M, Trower P. The future of cognitive-behavioural therapy for psychosis: not a quasi-neuroleptic. *The British Journal of Psychiatry.* févr 2006;188(2):107-8.
66. Salzer S, Pincus AL, Winkelbach C, Leichsenring F, Leibing E. Interpersonal subtypes and change of interpersonal problems in the treatment of patients with generalized anxiety disorder: A pilot study. *Psychotherapy.* 2011;48(3):304-10.
67. ANSM [Internet]. [cité 9 sept 2023]. Recommandations pour les médicaments. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/documents/referance/recommandations-pour-les-medicaments>

Table des matières

Sommaire	1
Liste des abréviations	3
I. INTRODUCTION	5
I.1 L'entretien motivationnel.....	5
I.1.1 Un peu d'histoire	5
I.1.2 Comment fonctionne l'entretien motivationnel	6
I.1.2.1 Ambivalence et réflexe correcteur	6
I.1.2.2 L'esprit de l'entretien motivationnel	7
I.1.2.3 Méthode de l'entretien motivationnel.....	8
I.1.3 Thérapie du développement motivationnel	9
I.2 Entretien motivationnel et ses utilisations	10
I.2.1 Entretien motivationnel et addictions	10
I.2.2 Extension de l'entretien motivationnel à d'autres domaines	11
I.2.3 Entretien motivationnel et troubles psychiatriques.....	11
I.2.3.1 Définition du trouble mental	11
I.2.3.2 Epidémiologie de la santé mentale.....	12
I.2.3.3 Utilisation de l'entretien motivationnel dans les pathologies psychiatriques	12
I.3 Problématique	13
II. METHODE.....	15
II.1 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	15
II.2 Mots clés (en anglais)	15
II.3 Stratégie de recherche et extraction des données	16
II.3.1 Première étape : sélection des données.....	16
II.3.2 Deuxième étape : élimination des doublons.....	17
II.3.3 Troisième étape : 1 ^{er} tri des articles	17
II.3.4 Quatrième étape : 2 ^{ème} tri des articles.....	17
II.4 Evaluation des biais	18
III. RESULTATS	19
III.1 Diagramme de flux	19
III.2 Caractéristiques des études.....	20
III.3 Biais	21
III.4 Synthèse des résultats	23

III.4.1	Troubles anxieux	23
III.4.1.1	Symptomatologie anxieuse.....	23
III.4.1.1.1	Troubles anxieux non spécifiés	23
III.4.1.1.2	Trouble spécifique : trouble anxieux généralisé	27
III.4.1.1.3	Trouble spécifique : anxiété sociale	28
III.4.1.2	Engagement et motivation à la TCC	30
III.4.1.2.1	Participation aux séances et réalisation des tâches	30
III.4.1.2.2	Motivation au changement et attente par rapport aux traitements	32
III.4.1.2.3	Attente par rapport aux traitements	33
III.4.2	Troubles dépressifs	33
III.4.2.1	Adhésion aux traitements antidépresseurs et psychothérapeutiques	33
III.4.2.2	Effets sur la symptomatologie dépressive	34
III.4.3	Trouble psychotique/schizophrénie	38
III.4.3.1	Adhésion aux traitements	38
III.4.3.1.1	Adhésion aux traitements antipsychotiques	39
III.4.3.1.2	Adhésion à une psychothérapie	42
III.4.3.2	Efficacité sur la symptomatologie psychotique	44
III.4.4	Troubles des conduites alimentaires.....	45
III.4.4.1	Efficacité sur la symptomatologie boulimique	45
III.4.4.2	Adhésion aux traitements	46
IV.	Discussion.....	49
IV.1	Adhésion.....	49
IV.1.1	Adhésion aux psychotropes	50
IV.1.2	Adhésion aux traitements non médicamenteux	51
IV.1.2.1	Adhésion aux TCC	51
IV.1.2.2	Réhabilitation cognitive dans les troubles psychotiques.....	51
IV.2	Effets sur la symptomatologie.....	52
IV.2.1	Troubles anxieux	52
IV.2.2	Troubles dépressifs	53
IV.2.3	Autres troubles	53
IV.3	Limites de la revue.....	53
V.	Conclusion.....	55
VI.	Bibliographie	57
	Table des matières.....	63

RÉSUMÉ

Nom – Prénom : CHALON Marylise

Thèse soutenue le : 9 octobre 2023

Titre de la thèse : ***EFFICACITE DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL DANS LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES HORS ADDICTOLOGIE***

Résumé :

Introduction : L'entretien motivationnel est un style d'intervention dont l'efficacité dans les pathologies addictives a largement été démontrée. Cette thèse s'intéresse à l'efficacité de celui-ci dans les pathologies psychiatriques hors addictologie. **Méthode :** Une revue systématique de la littérature a été réalisée. Seuls les essais cliniques randomisés contrôlés concernant des patients adultes (plus de 18 ans) ont été inclus. Un total de 125 articles a été sélectionné par la concertation de deux bases de recherches : Pubmed et Cochrane. La dernière recherche a été réalisée le 14 août 2023. **Résultats :** 15 articles ont été considérés comme éligibles. 6 études concernaient les troubles anxieux, 3 les troubles dépressifs, 4 les troubles psychotiques et 2 les troubles des conduites alimentaires. Peu d'études sont à faible risque de biais et à haut niveau de preuve. **Discussion :** Une efficacité significative de l'entretien motivationnel a été retrouvée dans l'adhésion aux thérapies non médicamenteuses dans les troubles anxieux et la schizophrénie, ainsi que dans l'adhésion aux psychotropes. L'efficacité dans l'amélioration de la symptomatologie est plus mitigée. **Conclusion :** L'entretien motivationnel est prometteur en psychiatrie hors addictologie et la recherche devrait se poursuivre en ce sens.

Mots clés : Entretien motivationnel, troubles psychiatriques, revue de la littérature, efficacité significative.

1 / 1

