

---

## Étude pilote de l'entretien motivationnel chez des personnes condamnées pour conduite avec facultés affaiblies

**Florence Chanut,**

Programme de recherche sur les addictions,  
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas,  
Verdun (Québec) Canada

Département de psychiatrie, Université de Montréal  
Montréal (Québec) Canada

**Maurice Dongier,**

Programme de recherche sur les addictions,  
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas,  
Verdun (Québec) Canada

Département de psychiatrie, Université McGill  
Montréal (Québec) Canada

**Lucie Legault,**

Programme de recherche sur les addictions, Centre de  
recherche de l'Hôpital Douglas  
Verdun (Québec) Canada

**Jacques Tremblay,**

Programme de recherche sur les addictions,  
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas  
Verdun (Québec) Canada

Département de psychiatrie, Université McGill  
Montréal (Québec) Canada

**Louise Nadeau,**

Département de psychologie, Université de Montréal,  
Montréal (Québec) Canada

**Marie-Claude Ouimet,**

Programme de recherche sur les addictions,  
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas  
Verdun (Québec) Canada

National Institute of Child Health and Human Development,  
NIH, Bethesda, USA

**Thomas G. Brown,**

Programme de recherche sur les addictions,  
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas,  
Verdun (Québec) Canada

Département de psychiatrie, Université McGill,  
Montréal (Québec) Canada

Pavillon Foster,  
Saint-Philippe de Laprairie (Québec) Canada

---

**Correspondance**

Florence Chanut  
Pavillon Albert-Prévost  
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal  
6555 boul. Gouin Ouest  
Montréal (Québec) Canada  
H4K1B3

Courriel : f.chanut@videotron.ca

Thomas G. Brown  
Programme de recherche sur les addictions  
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas  
6875 boul. LaSalle, 4<sup>e</sup> pavillon Perry,  
Verdun (Québec) Canada H4H 1R3

Courriel : thomas.brown@mcgill.ca

## Résumé

Dans cette étude pilote contrôlée et randomisée (N=51), nous avons examiné l'impact d'une intervention brève, l'entretien motivationnel (EM, *Motivational Interviewing*), comparée à une simple séance d'information comme condition contrôle, chez des personnes condamnées pour conduite avec facultés affaiblies. Les participants devaient avoir un diagnostic actif d'abus ou de dépendance à l'alcool et devaient être recrutés en dehors des programmes officiels de traitement pour conducteurs avec facultés affaiblies de façon à tester l'EM chez des individus qui n'étaient pas nécessairement prêts à changer. Nous avons évalué le pourcentage de jours de forte consommation d'alcool ( $\geq 6$  consommations standards d'alcool par jour), les résultats à l'AUDIT et l'utilisation de services après trois et six mois de suivi. Les résultats indiquent que l'exposition à l'EM a entraîné une réduction significativement plus grande du nombre de jours à forte consommation d'alcool et du nombre de visites à des professionnels de la santé après six mois de suivi. L'ampleur des effets observés est comparable à celle que l'on peut retrouver dans d'autres études employant l'EM avec différentes populations ayant un problème d'alcool. Quoique préliminaires, ces résultats suggèrent que l'emploi de l'EM pourrait être avantageux, même chez des individus qui ne sont pas engagés dans un processus de réhabilitation. Une étude plus approfondie du potentiel de l'EM conduisant directement à une amélioration de la conduite en état d'ébriété est clairement justifiée.

**Mots-clés** : intervention brève, conduite avec facultés affaiblies, entretien motivationnel, *Motivational Interviewing*, traitement, résultat

## **Pilot study of Motivational Interviewing among persons convicted of driving under the influence**

### **Abstract**

*A pilot randomized controlled trial (N=51) investigated the impact of a brief intervention approach : Motivational Interviewing (MI), compared to a simple information session as a control condition, in offenders convicted of driving under the influence (DUI). Participants had a current diagnosis of alcohol abuse or dependence, and were recruited outside of mandated DUI remedial programs, in order to test MI in individuals who were not necessarily prepared to change. We evaluated the percentage of days of significant alcohol consumption ( $\geq 6$  standard drinks a day), AUDIT scores and service utilization at three and six months follow-up. Results indicated that exposure to MI resulted in a significantly greater reduction in the number of days of significant alcohol consumption and fewer visits to health professionals at six months follow-up. Observed effect sizes were comparable to other studies of MI in different populations with alcohol problems. While preliminary, these results suggest that MI for DUI could have benefits, even in individuals who are not involved in a remedial process. A comprehensive study of MI's potential in more directly improving drinking and driving outcomes is clearly warranted.*

**Keywords:** *brief intervention, driving under the influence, Motivational Interviewing, remedial programs, result*

## **Estudio piloto sobre la entrevista de motivación con personas condenadas por conducir con facultades debilitadas.**

### **Resumen**

*LEn este estudio piloto controlado y aleatorio (N=51), hemos examinado el impacto que produjo una breve intervención, la entrevista de motivación (EM, Motivational Interviewing), en personas condenadas por conducir con facultades debilitadas, comparándola a una simple sesión de información como condición de control. Los participantes debían tener un diagnóstico activo de abuso o de dependencia de alcohol y haber sido reclutados fuera de los programas oficiales de tratamiento para conductores con facultades debilitadas, con el objetivo de probar la entrevista de motivación en individuos que no estaban necesariamente preparados para cambiar. Hemos evaluado el porcentaje de días de fuerte consumo de alcohol ( $\geq 6$  consumos regulares de alcohol por día), los resultados en la verificación y la utilización de los servicios luego de tres y seis meses de seguimiento. Los resultados indican que la exposición a la entrevista de motivación generó una reducción significativamente más importante de días de fuerte consumo de alcohol y de la cantidad de visitas a profesionales de la salud luego de seis meses de seguimiento. La amplitud de los efectos observados es comparable a la que se puede encontrar en otros estudios que emplean la entrevista de motivación con diferentes poblaciones que tienen un problema de alcohol. Si bien preliminares, estos resultados sugieren que el uso de las entrevistas de motivación podría ser ventajoso, incluso con individuos que no están comprometidos en un proceso de rehabilitación. Se justifica ampliamente un estudio más profundo de las posibilidades de la entrevista de motivación como medio para lograr directamente una mejoría en cuando a la conducción de vehículos en estado de ebriedad.*

**Palabras clave:** *intervención breve, conducir con las facultades debilitadas, entrevista de motivación, Motivational Interviewing, tratamiento, resultado*

*Remerciements*

*Les auteurs tiennent à remercier l'ensemble de l'équipe du Programme de recherche sur les addictions du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, les partenaires de la SAAQ, la Fondation de l'Association des psychiatres du Canada et le Conseil canadien de sécurité routière pour leur précieuse collaboration.*

## **Introduction**

La conduite avec facultés affaiblies par l'alcool (CFA) est un problème persistant qui entraîne de sérieuses conséquences tant au niveau légal que sur le plan de la santé. Aux États-Unis, les accidents automobiles sont la principale cause de mortalité chez les personnes de deux à 33 ans, l'alcool ayant été impliqué dans 41 % de tous les accidents fatals (Hingson et Winter, 2003). Ces observations sont aussi valables au Canada (Smart et Ogborne, 2000). De plus, approximativement 33 % des personnes arrêtées pour CFA se retrouvent parmi les récidivistes (Brinkmann et coll., 2002) et de 35 à 40 % de tous les conducteurs décédés en état d'ébriété avaient fait l'objet d'une arrestation antérieure pour CFA (Beirness, 1991). La persistance du comportement de CFA, même s'il peut être prévenu, en fait l'un des facteurs les plus dangereux sur nos routes. En conséquence, les défenseurs de la sécurité routière et les professionnels de la santé publique s'entendent sur le fait qu'une arrestation pour CFA est une précieuse opportunité pour identifier les conducteurs à haut risque et entreprendre des mesures correctives (National Highway Traffic Safety Administration et National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1996).

La réelle efficacité des interventions obligatoires de réhabilitation sur la réduction de la récidive et des futurs accidents

reliés à l'alcool, au-delà des sanctions comme la perte du permis de conduire, est controversée (Voas et coll., 2004 ; Voas, 2001 ; Wells-Parker et coll., 1995). Le fait que les personnes accusées s'y conforment de façon inégale joue un rôle dans ce débat. La participation dans un programme de réhabilitation est associée à une évolution plus favorable que l'absence de participation. Malheureusement, les faibles taux de participation (pourtant obligatoire à la réobtention du permis de conduire) réduisent l'impact bénéfique global des programmes pour CFA. Donc, l'exposition doit être considérée comme un préalable essentiel pour le succès global des programmes de détection et d'intervention. L'exploration de méthodes efficaces pour améliorer l'engagement et l'intervention est clairement nécessaire.

Il existe de nombreuses preuves que des approches opportunistes de dépistage et d'intervention brève pour les problèmes de consommation d'alcool, ne demandant que quelques minutes seulement avec un professionnel, peuvent être bénéfiques. Dans les services médicaux de première ligne, par exemple, des réductions significatives de la consommation moyenne d'alcool ont été observées (Persson et Magnusson, 1989 ; Anderson et Scott, 1992) avec seulement de cinq à 60 minutes d'intervention (Babor et coll., 1994). Des réductions ont été documentées en ce qui concerne le nombre d'occasions de consommation excessive d'alcool (Wallace et coll., 1988), la fréquence d'occasions de forte consommation d'alcool (Fleming et coll., 1997), les problèmes reliés à l'alcool et l'utilisation des soins de santé (Fleming et coll., 2002). De meilleurs taux d'observance chez les individus dirigés vers des services de traitement intensif pour l'alcool (Elvy et coll., 1988) ainsi qu'une plus grande rétention dans les services spécialisés (Koumans et coll., 1967) ont aussi été constatés. Les données en faveur de l'efficacité des interventions brèves pour une dépendance établie à l'alcool sont également concordantes avec cette littérature (Project MATCH Research Group, 1997 ; Project MATCH Research Group, 1998).

L'appui pour une intervention brève, l'entretien motivationnel (EM, *Motivational Interviewing*), est particulièrement remarquable, surtout quand celle-ci est donnée dans des circonstances opportunistes (Bien et coll., 1993 ; Dunn et coll., 2001). Par exemple, Gentilello et coll. (1999) ont prouvé qu'une intervention motivationnelle brève de 20 minutes, donnée à des patients en attente d'un traitement d'urgence pour une blessure accidentelle reliée à l'alcool, réduisait de façon significative le taux de réadmission en salle d'urgence dans l'année suivante comparativement au traitement habituel, avec des effets persistants après deux ans de suivi. Une étude semblable effectuée chez des patients à la fin de l'adolescence a trouvé une plus grande efficacité de l'EM, comparativement au traitement habituel, dans la réduction de l'incidence de la conduite en état d'ébriété, des blessures accidentelles reliées à l'alcool, des infractions au Code de la route et des problèmes reliés à l'alcool (Monti et coll., 1999). Dans une autre étude, des individus évalués pour un problème d'abus de substances, dans le contexte d'un signalement pour la protection d'un enfant, se sont davantage engagés dans leur traitement à la suite d'une séance d'EM (Carroll et coll., 2001).

La recherche à propos de l'EM appliqué à la CFA en est à ses débuts. Une étude impliquant des personnes incarcérées pour CFA a comparé le traitement habituel seul à une combinaison du traitement habituel avec l'EM et d'une intervention de prévention de la rechute. Une telle combinaison a induit une satisfaction accrue face au traitement, des améliorations à court terme dans les mesures du degré d'ajustement et dans l'évolution générale (Stein et Lebeau-Craven, 2002). Dans une étude pilote portant sur le traitement obligatoire d'individus condamnés pour CFA, ceux qui ont participé à un entretien motivationnel préparatoire de groupe avaient une plus grande probabilité de compléter le traitement que ceux qui n'y avaient pas participé (Lincour et coll., 2002). Toutefois, l'absence de

randomisation dans cette étude pilote rend moins clair le rôle causal de l'EM.

Cette littérature émergente suggère qu'une brève intervention motivationnelle puisse être efficace, particulièrement lorsqu'elle est faite à un moment où les conséquences négatives reliées à l'usage de la substance sont évidentes (par exemple, immédiatement après un accident, une arrestation ou une condamnation pour CFA). De plus, chez des individus volontaires au traitement comme chez les individus réticents à s'engager dans les programmes obligatoires, l'utilisation de l'EM pourrait augmenter l'engagement et améliorer l'évolution. Cependant, la plupart des recherches sur l'EM se sont limitées à l'étude d'individus participant volontairement à une intervention, donc possiblement dans un état accru de motivation face au changement. Spécifiquement dans la CFA, l'évaluation des interventions doit tenir compte de leur impact non seulement sur les individus déjà engagés dans les mesures de réhabilitation, mais aussi sur ceux qui ne le sont pas. C'est cette dernière population que la présente étude tente d'inclure dans les interventions.

Le but de notre étude pilote est de déterminer l'efficacité d'une brève intervention psychosociale, l'entretien motivationnel (EM), comparativement à une intervention contrôle d'information, pour réduire la consommation d'alcool à risque chez des personnes condamnées pour CFA. Cette étude constitue l'un des volets d'un protocole de recherche plus général dont le but est de comparer les personnes condamnées pour CFA qui se sont pliées aux mesures correctrices de la SAAQ (Société d'assurance automobile du Québec) pour récupérer leur permis de conduire à celles qui ne s'y sont pas conformées. Les participants à l'étude générale possédant un problème actif de consommation d'alcool ont été recrutés pour notre étude pilote une fois sur place et après que les données nécessaires à l'inclusion et à la randomisation eurent été recueillies. Ces individus ont été assignés de façon aléatoire à l'une des deux

interventions ciblant la réduction de la consommation d'alcool à risque, soit : a) un entretien motivationnel adapté ; ou b) une séance d'information sur les risques de la CFA et d'une consommation excessive d'alcool. Les participants ont été revus pour un suivi trois et six mois après le traitement pour réévaluer leur consommation d'alcool, les conséquences associées à l'usage excessif d'alcool, ainsi que l'utilisation des services de soutien ou de soins de santé pendant la durée de l'intervalle de suivi.

## **Méthodologie**

### **Recrutement et critères d'inclusion**

Un protocole a été conçu à partir de travaux de recherche sur des sujets d'étude apparentés, puis approuvé par le comité d'éthique de l'Hôpital Douglas. En collaboration avec la SAAQ, nous avons recruté des individus condamnés pour CFA, s'étant conformés ou non aux sanctions légales et administratives ainsi qu'aux mesures de réhabilitation (par exemple, avoir accepté l'évaluation recommandée et les mesures de traitement comme préalable à la réobtention du permis de conduire). La SAAQ a effectué la recherche des sujets correspondant à nos critères d'inclusion à partir de sa base de données administrative. La SAAQ leur a ensuite envoyé une lettre d'information décrivant les objectifs de l'étude, ce qui était demandé aux participants, la compensation financière (160\$ CAN pour l'étude principale et 30\$ additionnels si admissible à la présente étude), en plus du nom et du numéro de téléphone de la coordonnatrice du projet s'ils choisissaient d'y participer. L'étude principale a été décrite comme une recherche portant sur les caractéristiques et les raisons des individus qui choisissent ou non de se conformer aux mesures de la SAAQ à la suite d'une condamnation pour CFA. La présente étude a été décrite comme une recherche portant sur la façon de donner une rétroaction à la suite d'une évaluation dans le but de modérer

d'éventuels problèmes. L'indépendance complète de l'équipe de recherche par rapport à la SAAQ a été explicitée dans la lettre.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) adulte, homme ou femme (18 ans et plus), ayant été condamné pour au moins une CFA; 2) diagnostic actif d'abus ou de dépendance à l'alcool selon le DSM-IV; et 3) résidence dans un rayon de 100 km de Montréal, pour permettre aux participants d'être reconduits pour l'évaluation ou de venir par les transports en commun s'ils ne possèdent pas de permis de conduire valide. Ce dernier critère a pour but d'obtenir un mélange de participants venant de milieux urbain, semi-rural ou rural.

Les critères d'exclusion étaient les suivants : 1) capacité de lecture inférieure au niveau de 6<sup>e</sup> année du primaire (en anglais ou en français); 2) dépendance à une substance dont la gravité implique qu'une réduction ou cessation de la consommation d'alcool sans surveillance médicale pourrait mettre la santé de l'individu en danger; 3) dangerosité pour autrui ou pour la personne elle-même nécessitant une intervention professionnelle en priorité sur le recrutement; et 4) preuve, par un alcootest de l'haleine, d'une intoxication aiguë à l'alcool (c.-à-d. BAC  $\geq$  0,08 mg/ml).

## **Randomisation**

Un protocole de randomisation par urnes assisté par ordinateur (Project MATCH Research Group, 1993) a été utilisé pour assigner les participants à l'une des deux conditions. Cette procédure permet de mieux répartir les individus dans les groupes en ajustant les probabilités d'assignation en fonction de caractéristiques clés pouvant avoir une influence sur l'usage d'alcool ou les comportements de conduite automobile. De cette façon, l'âge, le genre, la sévérité du problème de consommation d'alcool et le nombre de condamnations passées pour CFA ont été inclus dans l'algorithme de randomisation.

## Traitements

### EM

Cette intervention consiste en un seul entretien motivationnel individuel adapté, de 20 à 30 minutes, inspiré des principes du modèle transthéorique et du manuel de thérapie motivationnelle (Project MATCH Research Group, 1993 ; Prochaska et DiClemente, 1992). Le but est de faciliter un changement intrinsèque rapide. La rétroaction personnalisée sur quelques résultats de l'évaluation préalable, donnée dans un style motivationnel, a été intégrée à l'intervention. Cette condition a été standardisée par notre équipe sous la forme d'un manuel d'intervention.

### Contrôle

Il n'existe pas actuellement de traitement standard de l'abus de substances chez les personnes condamnées pour CFA et ne se conformant pas aux mesures de réhabilitation. Cependant, la psychoéducation est une composante de la plupart des interventions pour CFA, même si son efficacité n'a pas été démontrée de façon convaincante (Wells-Parker et coll., 1995). Une séance psychoéducatrice concernant les dangers d'un usage excessif d'alcool et les risques de la CFA a donc été administrée comme condition témoin. Cet entretien individuel durait de 20 à 30 minutes et devait imiter les éléments non spécifiques du temps, de l'attention et du contact personnel de la condition expérimentale (EM). La même clinicienne de recherche a été entraînée pour administrer l'une ou l'autre des deux interventions selon la randomisation. Les différentes stratégies utilisées selon l'intervention donnée sont décrites au tableau 2.

**Tableau 1 : Caractéristiques démographiques et données sur la conduite automobile et la consommation de substances de personnes condamnées pour CFA (N=51)**

	Moyenne (%)	Écart type
Âge	41,7	12,0
Homme	(82,4)	
Instruction, en années	12,5	3,3
Caucasien	(92,2)	
Conjoint de fait ou marié	(47,1)	
Statut d'emploi		
Travail temps plein	(52,9)	
Travail irrégulier ou temps partiel	(9,8)	
Assistance sociale	(15,7)	
Retraite/invalidité	(13,7)	
Études	(7,)	
Revenu d'emploi dans les 30 derniers jours		
Aucun revenu d'emploi	(45,1)	
Si occupe un travail	1729,0	1173,3
Nombre de condamnations pour CFA à vie	2,2	1,7
1-2 condamnations pour CFA	(82,4)	
3-8 condamnations pour CFA	(17,6)	
Permis de conduire présentement valide	(66,7)	
Nombre d'années d'expérience de conduite	19,8	10,2
Non-observance des mesures correctives pour CFA	(17,0)	

	Moyenne (%)	Écart type
Mesures d'utilisation de substances		
Diagnostic de dépendance à l'alcool à vie	(47,1)	
Diagnostic de dépendance à l'alcool actif	(27,5)	
AUDIT	15,5	6,3
Consommations standards d'alcool/sem.	21,9	17,7
% jours de consommation d'alcool à risque ( $\geq 6$ consommations standard) dans les derniers 90j	71,5	32,5
DAST	2,8	4,5
Stade de changement pour l'alcool		
Précontemplation	(15,7)	
Contemplation	(27,5)	
Action	(56,8)	

**Tableau 2 : Stratégies thérapeutiques utilisées dans l'intervention motivationnelle (condition expérimentale) et dans l'intervention psychoéducatrice (condition contrôle)**

<b>Intervention motivationnelle</b>	<b>Intervention psychoéducatrice</b>
Absence d'élaboration et d'emphase sur le diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool après présentation des résultats.	Emphase sur l'acceptation du diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool. Élaboration par le thérapeute sur la signification pathologique du diagnostic.
Évocation des soucis, réactions et opinions du participant au sujet de ses résultats de tests.	Pas d'évocation des réactions et opinions du participant. L'interprétation des résultats est faite par le thérapeute seulement.
Pas d'informations données spontanément par le thérapeute au-delà des résultats bruts des tests, à moins que le participant les ait explicitement demandées.	Beaucoup d'informations sont données spontanément par le thérapeute au sujet de l'alcool, de ses conséquences négatives, de la signification des résultats de tests, en comparant avec des données tirées de Santé Canada pour les individus de même genre et groupe d'âge. Il s'agit de la stratégie d'intervention privilégiée.
Le thérapeute évite de donner avis, conseils et directives au participant concernant l'usage de l'alcool, de la conduite avec CFA ou de mesures de traitement.	Le thérapeute donne son avis, des conseils et des directives concernant l'usage de l'alcool, de la conduite avec CFA et des mesures de traitement recommandées.
La résistance au changement est contrée par l'écoute réflexive en évitant l'argumentation. L'écoute réflexive est la stratégie d'intervention privilégiée.	La résistance au changement est contrée par l'argumentation et la confrontation.

<b>Intervention motivationnelle</b>	<b>Intervention psychoéducative</b>
Évocation en priorité des avantages de l'alcool pour un participant donné avant d'évoquer les aspects « moins positifs » de l'alcool.	Le thérapeute met l'emphase sur les aspects négatifs reliés à l'usage de l'alcool, en évitant ou en confrontant les aspects positifs associés à l'alcool.
Le thérapeute cherche à comprendre sans juger les motifs que le participant peut avoir de poursuivre ou non son utilisation actuelle de l'alcool. À la fin de l'intervention, le thérapeute questionne prudemment ce que le participant pourrait vouloir faire concernant son usage de l'alcool sans exiger aucun engagement.	Le thérapeute cherche ouvertement à convaincre le participant de la présence de conséquences négatives à son usage de l'alcool et de la nécessité de modifier celui-ci.
Utilisation des échelles de confiance et d'importance concernant le changement d'habitudes reliées à l'usage de l'alcool ( <i>Rollnick's Rulers</i> ).	Pas d'utilisation des échelles d'importance et de confiance concernant le changement dans l'usage de l'alcool.
Le thérapeute parle moins de 50% du temps pendant l'intervention, c'est le participant qui est invité à parler davantage.	Le thérapeute parle la majorité du temps pendant l'intervention.
Le thérapeute cherche à se montrer au même niveau que le participant, c'est ce dernier qui est valorisé comme l'expert de son expérience.	Attitude d'expert du thérapeute vis-à-vis du participant. Valorisation des informations objectives communiquées par le thérapeute.
Les reflats du thérapeute sont au moins deux fois plus nombreux que ses questions. Lorsque le thérapeute pose des questions, il utilise des questions ouvertes majoritairement.	Les reflats du thérapeute sont rares et au moins deux fois moins nombreux que ses questions, majoritairement fermées.

## Mesures

### Données sociodémographiques et usage de substances

Les données démographiques recueillies incluent l'âge, le genre, le groupe ethnique, le niveau d'instruction, le nombre d'années de conduite automobile et la validité actuelle de leur permis de conduire, l'histoire de conformité aux mesures correctrices de la SAAQ et le nombre de condamnations passées pour CFA. La principale mesure de résultats est le pourcentage de jours de consommation d'alcool à risque. Un jour de consommation d'alcool à risque est actuellement défini comme n'importe quel jour où il y a eu ingestion de six consommations standards d'alcool ( $\geq 14$  g d'éthanol) ou plus chez les hommes et de quatre consommations standards ou plus chez les femmes (Sobell et coll., 2003). La méthode du *Timeline Followback* (TLFB) a été utilisée pour dénombrer les jours de consommation d'alcool à risque. Cette méthode consiste à réaliser une entrevue standardisée qui documente les occasions de prise d'alcool et/ou de drogue sur une base quotidienne durant les trois mois précédents (90 jours). Cette technique validée permet de minimiser les inexactitudes dans le rapport de la fréquence et de la quantité de substances consommées (Sobell et coll., 1988).

Les questionnaires appelés *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (Allen et coll., 1997) et *Drug Abuse Screening Test* (DAST) (Lapham et coll., 1995) sont des instruments cliniques de dépistage comportant 10 et 20 items respectivement. Ils donnent un chiffre indicateur de la sévérité du problème de consommation d'alcool et de drogues, respectivement, et de leurs conséquences négatives associées. Au moment des suivis, la fenêtre de référence utilisée par ces deux questionnaires a pris en compte uniquement les trois mois précédents. Une classification diagnostique selon le DSM-IV du

problème d'usage de la substance n'a été faite qu'au moment de l'entrevue initiale par une entrevue structurée, assistée par ordinateur, le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), section des troubles de l'usage d'une substance psychoactive (Ustun et coll., 1997). Le niveau de reconnaissance du problème de consommation d'alcool a été mesuré par le *Readiness to Change Questionnaire* (RCQ), lequel situe l'individu dans un stade de changement (c.-à-d. précontemplation, contemplation, action) en regard à sa consommation d'alcool (Prochaska et coll., 1992; Rollnick et coll., 1992).

Un alcootest de l'haleine a aussi été administré et analysé immédiatement pour témoigner d'une intoxication aiguë à l'alcool. Des personnes de l'entourage pouvant corroborer la consommation d'alcool ont été désignées par les participants et ont été contactées par téléphone à chaque occasion de suivi. On leur a demandé en toute confidentialité si le participant avait, à leur connaissance, consommé plus, autant ou moins d'alcool dans les derniers trois mois que dans les trois mois précédents.

## **Réarrestation pour CFA**

Pour cette étude pilote, nous n'avons pas inclus de mesure du taux de réarrestation pour CFA puisque que la taille de l'échantillon visé (N=50), ainsi que la durée totale du suivi (6 mois), ne permet pas de tirer de conclusions significatives sur l'impact différentiel de l'une ou l'autre des interventions étant donné la rareté relative de l'événement d'une arrestation pour CFA, soit approximativement 1 sur 400 (Nochajski et coll., 2006).

## **Utilisation de services**

Nous avons questionné les participants sur le nombre de fois où ils avaient reçu des services ou du soutien, durant les trois mois

précédents, dans les domaines suivants : 1) médical ; 2) groupes d'entraide, comme les Alcooliques Anonymes ; et 3) centres de traitement pour les toxicomanies, impliquant une intervention par un éducateur spécialisé ou un autre professionnel.

### **Intégrité du traitement**

L'échelle nommée *Motivational Interviewing Treatment Integrity* (MITI) a été utilisée pour évaluer objectivement l'intégrité des entrevues motivationnelles (Moyers et coll., 2005), en plus de vérifier la différenciation de notre intervention motivationnelle par rapport à l'intervention contrôle. Sur un échantillon de douze entrevues enregistrées, les entrevues motivationnelles (n=4) dépassaient le seuil de compétence à l'entretien motivationnel (c.-à-d.  $\geq 5$  aux scores d'empathie et d'esprit motivationnel), en plus d'être significativement plus conformes à la pratique de l'EM que les séances de contrôle (n=8) sur ces mêmes mesures, avec un niveau de signification  $p < 0,005$  dans les deux cas.

### **Procédure**

À l'arrivée dans les locaux du Programme de recherche sur les addictions de l'Hôpital Douglas à Montréal, les participants lisaient et signaient le formulaire de consentement, identifiaient des personnes pouvant corroborer leur consommation, étaient examinés par un médecin omnipraticien, puis passaient la batterie de tests d'évaluation ( $T_0$ ). Les participants étaient ensuite randomisés si admissibles. Des rapports personnalisés, portant sur quelques mesures d'évaluation, étaient produits pour servir de point de départ aux deux conditions expérimentales (EM et information). Les deux interventions étaient données selon la randomisation. Finalement, les participants recevaient le montant de compensation financière et quittaient les lieux. Les entrevues de suivi à trois ( $T_1$ ) et six mois ( $T_2$ ) suivaient le même protocole d'évaluation, mais sans la répétition du CIDI.

## Résultats

### Analyses des données préliminaires et stratégies statistiques

Cinquante et un participants au total ont été randomisés et soumis à une séance de 20 à 30 minutes soit d'EM (expérimental,  $n=24$ ) ou d'information (contrôle,  $n=27$ ). Le tableau 1 résume les résultats des statistiques descriptives sur les caractéristiques sociodémographiques, l'utilisation de substances et les arrestations pour CFA de notre échantillon. Malgré la randomisation, les données initiales révèlent trois anomalies concernant l'équivalence des groupes au départ. Les résultats moyens au DAST, après correction pour une distribution anormale, ont montré une faible tendance vers un résultat plus élevé chez les participants randomisés à l'EM (EM,  $m=4,1$  ; écart type= $5,3$  vs Contrôle,  $m=1,8$  ; écart type= $3,2$ ). D'autre part, une faible tendance pour une association positive entre l'âge et le nombre de jours de forte consommation d'alcool a été notée. En conséquence, les analyses de type ANCOVA (analyses de covariance) ont utilisé l'âge et les résultats du DAST de même que le nombre de jours de consommation à risque au départ ( $T_0$ ) comme covariables pour tester les différences dans les résultats des interventions. Finalement, la distribution anormale du nombre de jours de consommation d'alcool à risque au cours du suivi, telle que rencontrée habituellement avec ce type d'observations, a été ajustée. La dépendance entre les observations successives attribuables au suivi a été corrigée en utilisant la différence des résultats ( $T_{(1,2)} - T_0$ ).

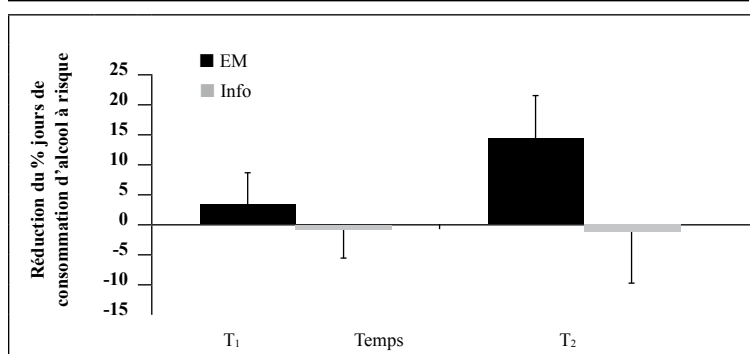
L'attrition a été de 21,6% ( $n=11$ ) à  $T_1$ , pour atteindre un total de 29,4% ( $n=15$ ) à  $T_2$ . Le taux d'attrition s'est montré indépendant de l'assignation au groupe de traitement. Des analyses de données plus poussées ont permis de comparer les caractéristiques de départ des participants ayant persévéré

dans leur cheminement tout au long de l'étude par rapport à ceux qui ont abandonné avant la fin. Une tendance vers un plus grand nombre de condamnations passées pour CFA a été constatée. La proportion des participants ayant trois condamnations passées ou plus est apparue significativement plus élevée ( $\chi^2(1)=3,2$ ;  $p<0,10$ ) chez les participants qui ont abandonné le suivi (33,3%) que chez ceux qui ont terminé l'étude (13,2%). Nous avons estimé les effets du traitement par une stratégie d'intention de traitement (*intent-to-treat*), en remplaçant les données manquantes à trois et six mois par la moyenne du groupe témoin. Étant donné la nature préliminaire de l'étude, le seuil  $\alpha$  de signification a été fixé à  $p\leq 0,05$  pour les analyses individuelles. L'indice Eta au carré ( $\eta^2$ ) a été utilisé pour quantifier la taille des effets, avec une valeur de 0,01 reflétant un petit effet, 0,06 pour un effet de taille moyenne et 0,14 pour un grand effet (Green et coll., 2000).

## Résultats des interventions

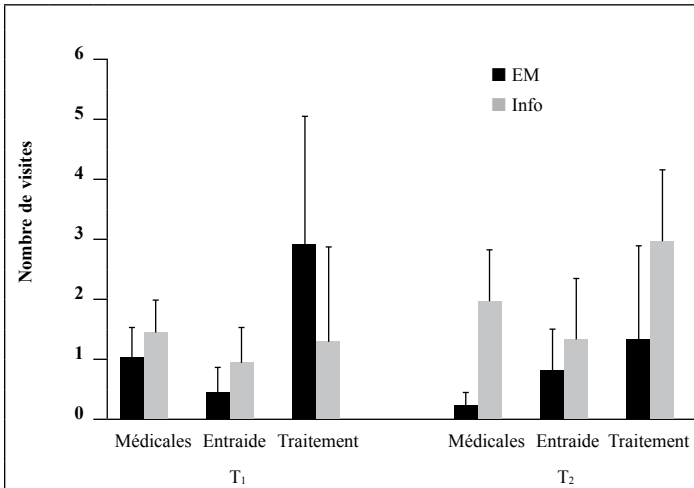
La figure 1 décrit l'évolution dans le temps du nombre de jours de consommation d'alcool à risque entre le début  $T_0$  et les suivis à  $T_1$  et  $T_2$ . Les analyses ANCOVA ont révélé une différence significative entre les groupes d'intervention à  $T_2$ , mais pas à  $T_1$ . Les participants exposés à l'EM ont montré une plus grande réduction du nombre de jours de consommation d'alcool à risque à  $T_2$  que les participants du groupe témoin ( $F(1;47)=4,34$ ;  $p=0,04$ ;  $\eta^2=0,09$ ). Les analyses ANCOVA ont révélé une tendance vers de plus grandes améliorations des conséquences négatives de l'abus d'alcool, telles que mesurées par l'AUDIT, chez les participants exposés à l'EM comparativement aux témoins au moment du suivi à six mois ( $F(1;47)=2,54$ ;  $p=0,12$ ).

**Figure 1. Réduction depuis T<sub>0</sub> de la consommation d'alcool à risque au suivi à trois (T<sub>1</sub>) et six mois (T<sub>2</sub>) chez des personnes condamnées pour CFA randomisées à l'EM ou à l'Information**



Une corroboration de la consommation d'alcool par les proches agissant comme informateurs a pu être obtenue pour approximativement 30 % de l'échantillon. À T<sub>1</sub>, les proches ont rapporté que 77,8 % des participants exposés à l'EM avaient réduit leur consommation d'alcool comparativement à 83,3 % dans la condition contrôle. À T<sub>2</sub>, la différence se creuse entre les groupes : 67 % des proches ont rapporté que les participants dans la condition EM avaient réduit leur consommation d'alcool comparativement à 50 % des participants dans le groupe témoin. Étant donné le nombre restreint d'observations, nous n'avons pas procédé à des analyses statistiques de ces données de corroboration.

**Figure 2. Nombre de visites à des services médicaux, de rencontres de groupes d'entraide ou de traitement pour toxicomanie, dans les trois mois précédents le suivi à trois (T<sub>1</sub>) et six mois (T<sub>2</sub>) chez des personnes condamnées pour CFA randomisées à l'EM ou à l'Information**



Finalement, la figure 2 représente les résultats concernant l'utilisation de services après l'exposition aux traitements, plus précisément le nombre de consultations médicales, la fréquentation de groupes d'entraide et le nombre de séances de traitement pour toxicomanie dans les trois mois précédents. Les données manquantes n'ont pas été estimées. À T<sub>2</sub>, le groupe témoin a rapporté significativement plus de consultations médicales que dans le groupe EM ( $F(1;34)=15,04$ ;  $p=0,03$ ;  $\eta^2=0,01$ ). Aucune autre différence significative entre les groupes n'a été mise à jour.

## Discussion

Les résultats de cet essai clinique suggèrent qu'une intervention motivationnelle adaptée, d'une durée de 20 à 30 minutes seulement, peut réduire davantage la fréquence de la consommation d'alcool à risque qu'une intervention psychoéducative. Ces observations sont concordantes avec l'abondante littérature scientifique qui démontre l'efficacité d'interventions brèves pour des problèmes d'abus de substances dans diverses populations. Une méta-analyse de 30 essais cliniques contrôlés portant sur des interventions motivationnelles adaptées (Burke et coll., 2003) a mis en évidence des tailles moyennes d'effet de l'EM comparativement à une condition de traitement contrôle ou à l'absence de traitement. De façon similaire, une méta-analyse des études sur l'impact d'autres types d'interventions correctrices pour la CFA sur les taux de récidive a également révélé des tailles moyennes d'effet (Wells-Parker et coll., 1995). Les tailles d'effet dans la présente étude sont comparables à celles observées dans les méta-analyses ci-haut mentionnées, malgré une dose plus faible que celle employée généralement. Ces tailles d'effet confirment l'efficacité de l'EM dans la population des personnes condamnées pour CFA.

L'avantage que présentent les interventions brèves repose sur leur capacité de profiter de moments propices. Il s'agit d'opportunités qui se présentent quand l'individu ciblé est disponible et réceptif à l'intervention, telle qu'une attente dans une urgence suivant un accident relié à l'alcool (Gentilello et coll., 1999). Cependant, l'EM a aussi pour but l'augmentation de la motivation au changement de comportements problématiques ciblés chez des individus qui ont une reconnaissance de leur problème et une motivation à changer limitées. La stratégie de recrutement que nous avons employée visait spécifiquement à tester l'impact de l'EM sur un échantillon de personnes à des stades variés de motivation, en incluant des individus à des stades

plus précoces de motivation que les échantillons généralement étudiés. La présente étude est la seule à ce jour qui n'ait pas recruté un échantillon de personnes condamnées pour CFA dans un centre de traitement pour abus de substances. Cet objectif de rejoindre des individus moins motivés semble avoir été atteint puisque 43 % des participants étaient en précontemplation ou en contemplation à propos de leurs habitudes de consommation d'alcool. Plus précisément, ces participants ne considéraient pas avoir un problème d'alcool ou étaient ambivalents quant à la nécessité de changer leurs habitudes de consommation, malgré un diagnostic actif d'abus ou de dépendance à l'alcool et un résultat moyen à l'AUDIT (c.-à-d. 15,5) deux fois plus élevés que le seuil de détection d'un problème d'abus d'alcool (Saunders et coll., 1993). En comparaison, dans une autre étude portant sur 177 individus participant à un programme de traitement obligatoire pour CFA, seulement 29 % de ceux-ci étaient catégorisés en précontemplation ou en contemplation en utilisant le même instrument pour identifier les stades de changement. Le résultat moyen à l'AUDIT dans cette étude était de 11,4 (Wells-Parker et coll., 1998).

Les facteurs prédictifs de conformité aux mesures de sanction et de réhabilitation après une ou plusieurs condamnations pour CFA sont encore peu connus et sont l'objet d'une étude d'un autre volet du protocole plus général entrepris par notre équipe de recherche. Dans l'étude pilote ici présentée, nous avons centré notre analyse sur la consommation d'alcool et ses conséquences immédiates. Il serait pertinent, dans une étude ultérieure, d'évaluer si la participation passée ou présente de certains des individus à des mesures de réhabilitation vient moduler l'impact de l'EM sur la conduite avec CFA.

Les résultats indiquent qu'une exposition à l'EM peut aussi être efficace pour réduire l'utilisation de services souvent associée à la consommation excessive d'alcool. Nous avons observé une taille de l'effet variant de moyenne à grande dans

la réduction du nombre de visites à des services médicaux chez le groupe EM comparativement au groupe témoin. La différence des résultats à l'AUDIT entre le groupe EM et le groupe témoin à T<sub>2</sub> est concordante avec cette amélioration. Les résultats actuels vont dans le même sens que ceux des recherches antérieures. Ces dernières indiquaient que les interventions brèves présentent un rapport coût/bénéfice avantageux, comparativement aux soins habituels, pour réduire les jours d'hospitalisation, les visites à l'urgence et les coûts associés au crime et aux accidents avec véhicule motorisé (Fleming et coll., 2002). Globalement, la présente étude appuie la possibilité d'améliorer l'évolution de la CFA par l'implantation d'une brève intervention motivationnelle à un moment propice du processus d'intervention pour CFA. Par exemple, un tel moment pourrait être la comparution en Cour à la suite d'une arrestation pour CFA. Même si le déroulement de la présente étude ne correspond pas à un des moments propices rencontrés habituellement lors d'une arrestation pour CFA, l'administration de l'intervention motivationnelle s'est faite dans un contexte opportuniste, sans qu'il n'y ait eu de demande d'aide de la part des participants. D'autres études seront nécessaires pour tester plus à fond l'utilisation d'une intervention motivationnelle brève et précoce pour CFA dans diverses circonstances de la vie courante.

### **Points forts et limites**

Cet essai pilote d'une brève intervention motivationnelle pour CFA a plusieurs forces, incluant la randomisation et le recrutement d'un échantillon d'individus ne recherchant pas d'aide. Cependant, ses conclusions sont limitées par la brièveté de la période de suivi, la modeste taille de l'échantillon et le nombre restreint de mesures de résultats. La mesure de l'impact de l'EM sur le risque de réarrestation pour CFA, en particulier, nécessite une stratégie de suivi à plus long terme et un plus grand échantillon pour pouvoir calculer la probabilité de réarrestation,

qui est un événement relativement rare. L'association est déjà établie empiriquement entre une réduction de la consommation d'alcool à risque et une réduction du risque d'accident motorisé à la suite d'une intervention brève chez une population avec une consommation problématique d'alcool (Fleming et coll., 2002). Cependant, des preuves plus directes de l'impact de l'EM sur le comportement de CFA sont clairement nécessaires. De plus, l'impact de la participation passée ou présente d'une partie de l'échantillon à des mesures de réhabilitation visant à réduire la consommation d'alcool n'a pas été mesuré spécifiquement. Cela peut avoir introduit un biais favorable dans l'analyse des résultats. Étant donné la proportion plus élevée d'individus ne s'étant pas pliés à de telles mesures dans la présente étude comparativement à celle retrouvée dans la littérature, nous pouvons raisonnablement penser que l'étendue de ce biais est plus faible que dans les études antérieures sur le sujet. Des travaux de recherche plus poussés visant à évaluer l'efficacité de l'EM uniquement chez les individus ne s'étant pas pliés aux mesures de réhabilitation de la SAAQ sont nécessaires pour éclairer cette question.

En outre, plus d'informations seraient nécessaires pour mieux qualifier l'évolution de la conduite automobile des personnes arrêtées pour CFA, par exemple l'évolution de leur dossier de conducteur, les sanctions légales et administratives appliquées aux différents individus, ainsi que la présence d'autres comportements à risque dans la conduite de véhicules. Une étude plus vaste est en cours, suivant les résultats positifs de cette étude préliminaire, pour mieux cerner l'impact de l'EM chez cette population avec l'aide d'un échantillon plus important et d'un temps d'observation plus étendu.

Même si nous avons pris des mesures pour optimiser la véracité des données fournies par les participants, telles que l'assurance de la confidentialité et l'indépendance de notre protocole de recherche par rapport aux autres procédures, légales

ou administratives, les données rapportées directement par les participants sont susceptibles d'être faussées. Toutefois, la corroboration de l'usage d'alcool du participant par un proche, lorsque disponible, a été généralement concordante avec les données rapportées directement par le participant. Il y a également eu une importante attrition au suivi de six mois. Les analyses statistiques indiquent que les participants perdus au suivi pourraient représenter un groupe plus à risque en regard de la récurrence de CFA. Leur omission dans les analyses du suivi pourrait avoir exagéré l'impact des traitements. Finalement, notre échantillon a été composé principalement d'hommes d'origine caucasienne. Donc, la généralisation des résultats à un échantillon composé majoritairement de femmes, ou à un groupe plus diversifié au niveau ethnique, est incertaine.

## Références

- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B., et Babor, T. (1997). «A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)». *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 21 (4), p. 613-619.
- Anderson, P. et Scott, E. (1992). «The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men». *British Journal of Addiction*. 87 (6), p. 891-900.
- Babor, T. F., Grant, M., Acuda, W., Burns, F. H., Campillo, C., Del Boca, F. K. et coll. (1994). «A randomized clinical trial of brief interventions in primary care: summary of a WHO project». *Addiction*. 89 (6), p. 657-660.
- Beirness, D. J. (1991). *Diagnostic assessment of problem drivers: Review of factors associated with risky and problem driving*. Ottawa, Canada : Transport Canada.
- Bien, T. H., Miller, W. R., et Tonigan, J. S. (1993). «Brief interventions for alcohol problems: a review». *Addiction*. 88 (3), p. 315-335.
- Brinkmann, B., Beike, J., Kohler, H., Heinecke, A., et Bajanowski, T. (2002). «Incidence of alcohol dependence among drunken drivers». *Drug and Alcohol Dependence*. 66 (1), p. 7-10.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., et Menchola, M. (2003). «The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71, p. 843-861.
- Carroll, K. M., Libby, B., Sheehan, J., et Hyland, N. (2001). «Motivational interviewing to enhance treatment initiation in substance abusers: an effectiveness study». *American Journal on Addiction*. 10, p. 335-339.
- Dunn, C., Deroo, L., et Rivara, F. P. (2001). «The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review». *Addiction*. 96 (12), p. 1725-1742.

- Elvy, G. A., Wells, J. E., et Baird, K. A. (1988). «Attempted referral as intervention for problem drinking in the general hospital». *British Journal of Addiction*. 83 (1), p. 83-89.
- Fleming, M. F., Barry, K. L., Manwell, L. B., Johnson, K., et London, R. (1997). «Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices». *The Journal of the American Medical Association*. 277 (13), p. 1039-1045.
- Fleming, M. F., Mundt, M. P., French, M. T., Manwell, L. B., Stauffacher, E. A., et Barry, K. L. (2002). «Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis». *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 26 (1), p. 36-43.
- Gentilello, L. M., Rivara, F. P., Donovan, D. M., Jurkovich, G. J., Daranciang, E., Dunn, C. W. et coll. (1999). «Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence». *Annals of Surgery*. 230, p. 473-480.
- Green, S. B., Salkind, N. J., et Akey, T. M. (2000). *Using SPSS for Windows: Analyzing and Understanding Data*. Upper Saddle River, New Jersey : Prentice-Hall.
- Hingson, R. et Winter, M. (2003). «Epidemiology and consequences of drinking and driving». *Alcohol Research and Health: the Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. 27, p. 63-78.
- Koumans, A. J., Muller, J. J., et Miller, C. F. (1967). «Use of telephone calls to increase motivation for treatment in alcoholics». *Psychological Reports*. 21, p. 327-328.
- Lapham, S. C., Skipper, B. J., Owen, J. P., Kleyboecker, K., Teaf, D., Thompson, B. et coll. (1995). «Alcohol abuse screening instruments: normative test data collected from a first DWI offender screening program». *Journal of Studies on Alcohol*. 56, p. 51-59.

- Lincour, P., Kuettel, T. J., et Bombardier, C. H. (2002). «Motivational interviewing in a group setting with mandated clients: a pilot study». *Addictive Behaviors*. 27, p. 381-391.
- Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M. et coll. (1999). «Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67 (6), p. 989-994.
- Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M. L., et Miller, W. R. (2005). «Assessing competence in the use of motivational interviewing». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 28 (1), p. 19-26.
- National Highway Traffic Safety Administration and National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1996). *A guide to sentencing DUI offenders*. DOT HS 808 365. Washington, DC : National Highway Traffic Safety Administration/National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Nochajski, T. H. et Stasiewicz, P. R. (2006). «Relapse to driving under the influence (DUI): a review». *Clinical Psychological Review*. 26 (2), p. 179-195.
- Persson, J. et Magnusson, P. H. (1989). «Early intervention in patients with excessive consumption of alcohol: a controlled study». *Alcohol*. 6 (5), p. 403-408.
- Prochaska, J. O. et DiClemente, C. C. (1992). «Stages of change in the modification of problem behaviors». *Progress in Behavior Modification*. 28, p. 183-218.
- Project MATCH Research Group. (1993). «Project MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity): rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment». *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 17, p. 1130-1145.

- Project MATCH Research Group. (1997). «Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes». *Journal of Studies on Alcohol*. 58 (1), p. 7-29.
- Project MATCH Research Group. (1998). «Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes». *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 22 (6), p. 1300-1311.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., et Hall, W. (1992). «Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers». *British Journal of Addiction*. 87 (5), p. 743-754.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., et Grant, M. (1993). «Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II». *Addiction*. 88 (6), p. 791-804.
- Smart, R. G. et Ogborne, A. C. (2000). «Drug use and drinking among students in 36 countries». *Addictive Behaviors*. 25 (3), p. 455-460.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Connors, G. J., et Agrawal, S. (2003). «Assessing drinking outcomes in alcohol treatment efficacy studies: selecting a yardstick of success». *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 27 (10), p. 1661-1666.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Leo, G. I., et Cancilla, A. (1988). «Reliability of a timeline method: assessing normal drinkers' reports of recent drinking and a comparative evaluation across several populations». *British Journal of Addiction*. 83 (4), p. 393-402.
- Stein, L. A. R. et Lebeau-Craven, R. (2002). «Motivational interviewing and relapse prevention for DWI: A pilot study». *Journal of Drug Issues*. 32 (4), p. 1051-1069.

- Ustun, B., Compton, W., Mager, D., Babor, T., Baiyewu, O., Chatterji, S. et coll. (1997). «WHO Study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overview of methods and results». *Drug and Alcohol Dependence*. 47, p. 161-169.
- Voas, R. B. (2001). «Have the courts and the motor vehicle departments adequate power to control the hard-core drunk driver?». *Addiction*. 96 (12), p. 1701-1707.
- Voas, R. B., Fell, J. C., McKnight, A. S., et Sweedler, B. M. (2004). «Controlling impaired driving through vehicle programs: an overview». *Traffic Injury Prevention*. 5, p. 292-298.
- Wallace, P., Cutler, S., et Haines, A. (1988). «Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption». *British Medical Journal*. 297 (6649), p. 663-668.
- Wells-Parker, E., Bangert-Drowns, R., McMillen, R., et Williams, M. (1995). «Final results from a meta-analysis of remedial interventions with drink/drive offenders». *Addiction*. 90 (7), p. 907-926.
- Wells-Parker, E., Williams, M., Dill, P., et Kenne, D. (1998). «Stages of change and self-efficacy for controlling drinking and driving: a psychometric analysis». *Addictive Behaviors*. 23 (3), p. 351-363.