

Qu'est-ce que l'entrevue motivationnelle?

Selon les fondateurs William Miller et Stephen Rollnick, « l'entrevue motivationnelle (EM) est une méthode de counseling centrée sur la personne pour aborder le problème commun de l'ambivalence face au changement »¹. L'EM est une entrevue de style conversationnel pour le counseling visant à aborder l'ambivalence que ressentent souvent les clients confrontés au besoin de changer. Approche collaborative, axée sur la personne et les objectifs, l'EM cherche à renforcer la motivation du client à changer ses comportements de façon saine¹.

L'EM trouve sa source dans la psychologie humaniste de Carl Rogers², dont le counseling axé sur le client mettait l'accent sur l'écoute réflexive fondée sur une estime inconditionnelle et une empathie exacte. L'EM a vu le jour dans les années 1980 en réaction aux approches de traitement conventionnelles, qui voyaient les personnes aux prises avec des troubles de toxicomanie comme étant en déni, refusant d'accepter la responsabilité et devant être contraintes à accepter un traitement de la toxicomanie axé sur l'abstinence. Miller a remarqué que les personnes aux prises avec une toxicomanie ont des comportements étonnamment semblables à ceux de personnes confrontées à des défis de santé qui ont normalement des sentiments mitigés relativement au besoin de changer et à leur capacité d'apporter ces changements³.

Miller et ses collègues ont noté que la façon dont les conseillers interagissent avec leurs clients peut avoir une incidence considérable sur la façon dont ces clients règlent l'ambivalence qu'ils éprouvent⁴. Le fait de pousser une personne ambivalente à accepter le changement donne souvent lieu à une résistance au changement. Rollnick, Miller et Butler considèrent l'envie de corriger le client et de lui prescrire des solutions comme étant un réflexe de redressement, qui représente une réponse problématique, mais aussi un indicateur fort utile⁵. Ils suggèrent aux conseillers de répondre à l'aide du procédé mnémotechnique **RULE** (en anglais) :

- **Recognize and resist the righting reflex; focus instead on**
(Reconnaître et résister au réflexe de redressement; tenter plutôt de...)
- **Understanding the client by**
(Comprendre le client en...)
- **Listening reflectively to**
(Écouter de façon réflexive pour...)
- **Empower the client to explore change.**
(Lui permettre d'explorer le changement.)

Les principes de base de... est une série qui propose des conseils et des renseignements pratiques fondés sur des données probantes dans le but d'améliorer les pratiques dans le domaine de la consommation de substances. Les sujets viennent compléter le rapport du CCDUS intitulé *Compétences pour les intervenants canadiens en toxicomanie*.

Plutôt que de convaincre le client du besoin de changer, l'EM évite la confrontation et l'opposition en établissant un partenariat visant à fixer de façon collaborative des objectifs concrets de changement.

Que disent les données probantes?

Au début, Miller travaillait avec des buveurs aux prises avec des problèmes de consommation d'alcool légers et moyens. Il avait remarqué que l'EM aidait ses clients à passer de l'ambivalence à la mobilisation pour le changement. L'objectif initial était de préparer les gens au changement. Une fois cela fait, un traitement plus pratique, axé sur les compétences, comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), se chargerait de concrétiser le changement de comportement³. Mais depuis la publication des recherches de Miller, au début des années 1980, l'EM s'est révélée être une thérapie d'une efficacité comparable aux autres approches factuelles de traitement des toxicomanies^{6,7}. Non seulement prépare-t-elle les gens au changement, mais elle aide à l'amorcer et le maintenir. L'EM, et l'accent qu'elle met sur la collaboration avec les clients ambivalents, est maintenant reconnue et utilisée pour le traitement de nombreuses populations aux prises avec des troubles de santé physique et mentale et dans le vaste domaine de la modification des comportements relatifs à la santé, tant en thérapie de groupe qu'individuelle^{5,8,9}. L'ambivalence n'est pas un problème unique aux personnes atteintes d'une toxicomanie. Il s'agit plutôt d'un problème courant chez les personnes contraintes à abandonner de vieux comportements et à en adopter de nouveaux. L'amélioration des compétences relativement aux patients ambivalents améliore l'engagement, le maintien en traitement et les résultats de la thérapie.

Comment fonctionne-t-elle?

Misant sur les compétences en écoute réflexive de la thérapie de Rogers centrée sur le client, l'approche de l'EM ajoute une dimension active, plus intentionnelle, au rôle du conseiller, soit de guider le client vers une saine évolution. Plutôt que de simplement suivre le client ou de le diriger et d'insister pour le changement, l'EM ouvre une troisième voie appelée l'orientation¹.

L'EM remplace les notions de déni et de résistance au changement (dont on se servait traditionnellement pour blâmer le client pour éviter le traitement et pour l'échec) par le concept de l'ambivalence au changement. L'EM adopte le point de vue bienveillant selon lequel les personnes confrontées au besoin de modifier de façon significative leurs comportements se sentent souvent prises. En fait, les personnes prises dans des comportements toxicomanogènes voient souvent clairement les pour et les contre du statu quo et de l'adoption de nouveaux comportements. Le conseiller s'emploie à engager le client et à comprendre son dilemme concernant les options de changement. Même lorsque le client reconnaît l'importance du changement, il pourrait manquer de confiance ou ne pas savoir comment changer. À mesure que le client parle et que le conseiller écoute réflexivement, ce dernier oriente la conversation vers les objectifs pratiques que souhaite atteindre le client, vers les raisons pour lesquelles il souhaite le faire et vers le plan d'action qui lui permettra d'y arriver.

Non seulement les recherches confirment-elles l'efficacité de l'EM pour le traitement de la toxicomanie^{7,10}, elles laissent aussi entrevoir la façon dont elle fonctionne. Moyers et ses collègues ont découvert que des échanges conformes aux principes de l'EM incitaient les clients à parler davantage au sujet du changement (énoncés d'auto-motivation), alors que des échanges qui ne se conformaient pas aux principes de l'EM (directives, conseils, confrontation et avertissements) incitaient les clients à parler de maintenir les comportements (énoncés en faveur du statu quo)¹¹. Gaume et ses collègues ont découvert un lien entre les compétences associées à l'EM et de meilleurs résultats de rétablissement¹². Cette constatation suggère que les comportements conformes aux principes de l'EM fondés sur l'écoute réflexive donnent lieu à une augmentation des discussions du changement par les clients, et ainsi à de meilleurs résultats de traitement.

Même si la plupart des thérapies perfectionnées pour la toxicomanie et autres troubles comportementaux obtiennent des résultats semblables, les clients dont les thérapeutes ont un niveau d'empathie plus élevé ont de meilleurs résultats de thérapie que ceux dont les thérapeutes ont des niveaux moins élevés d'empathie, peu importe la thérapie utilisée^{13,14}. L'EM est un style de communication qui vise à établir une connexion empathique avec le client et qui mise sur celle-ci pour travailler de façon collaborative en vue d'un changement.

Qu'est-ce que l'esprit de l'EM?

Le cœur de l'EM est l'empathie et l'esprit de l'EM invoque l'empathie dans la relation de counseling de quatre façons¹:

- **Partenariat** : le conseiller et le client travaillent de façon collaborative pour atteindre les objectifs de changement;
- **Acceptation** : en acceptant le client tel qu'il est, le conseiller affirme l'autonomie du client et son besoin de prendre ses propres décisions;
- **Compassion** : le conseiller met le bien-être de son client devant toute autre préoccupation et travaille pour comprendre ce que cela signifie du point de vue du client;
- **Évocation** : plutôt que de voir le client comme étant en besoin de directives et de direction, le conseiller évoque de lui ses objectifs et la façon dont il souhaite qu'on l'aide.

Les compétences de l'EM ne se limitent pas aux simples techniques, elles découlent de l'esprit de l'EM mis en pratique. Elles semblent simples, mais il s'avère plus difficile que prévu d'y ancrer le processus thérapeutique. Il faut de la pratique, de la rétroaction et de l'engagement.

En pratique, le conseiller d'EM a trois tâches principales¹⁵:

1. Écouter réflexivement;
2. Inciter le client à parler de changement;
Offrir de l'information, une rétroaction et des conseils dans le style de l'EM.

Première tâche : Écouter réflexivement

Quatre des cinq compétences de base de l'EM sont utilisées pour écouter réflexivement. On peut s'en souvenir à l'aide du procédé mnémotechnique **OARS** :

- Questions ouvertes
- Affirmations
- Réflexions
- Sommaires

Les **questions ouvertes** cherchent à inciter le client à en dire plus, par opposition aux questions fermées auxquelles on peut répondre par « oui » ou « non ». Un des objectifs du counseling par EM est d'encourager le client à parler au moins la moitié du temps. Les questions ouvertes invitent le client à élaborer et indiquent que le conseiller désire écouter et comprendre le client.

Les **affirmations** permettent au conseiller qui pratique l'EM d'exprimer sa curiosité en interagissant avec le client. Le fait d'offrir des affirmations ne signifie pas d'encourager aveuglément le client ou, pire encore, de le traiter avec méfiance. Si les valeurs et les comportements du client ont des aspects dignes de reconnaissance, le conseiller qui pratique l'EM tente de les reconnaître. De telles affirmations peuvent comprendre le simple fait de reconnaître que le client s'est rendu à son rendez-vous ou qu'il souhaite poursuivre sa recherche de changements sains, en particulier s'il a connu des rechutes dans le passé.

Les **réflexions** sont des déclarations, non pas des questions. Elles représentent ce que le conseiller observe dans ses interactions avec le client. Les réflexions simples demeurent en surface, elles

miroitent ou reformulent ce que le client dit, toujours de façon hésitante et dans le but de confirmer auprès du client qu'on a bien compris en écoutant activement. Les réflexions complexes vont plus en profondeur de diverses façons; elles reflètent ce que le conseiller croit que le client pense ou ressent, même si cela n'est pas dit explicitement. Une réflexion peut aussi mentionner l'ambivalence du client face au changement : d'une part, il souhaite une meilleure vie; mais d'autre part, il n'est pas certain de pouvoir abandonner les anciens comportements. Un conseiller adepte de l'EM est capable de choisir intentionnellement la réponse réflexive offerte au client. Les données probantes suggèrent que lorsque le conseiller formule plus de réflexions que de questions et qu'il propose plus de réflexions complexes que de réflexions simples, le counseling sera plus efficace et la connexion empathique, plus forte¹.

Les **sommaires** permettent au conseiller de miser sur son écoute active pour rassembler les points saillants de ce que dit le client et de le lui présenter pour confirmation et commentaires. Les sommaires permettent de tenir compte de ce qui importe au client, de conclure une partie de la conversation pour passer à une autre et de terminer une interaction en soulignant les points importants de la conversation. Il s'agit d'un moyen important pour le conseiller d'orienter le processus de counseling pour que le client se sente compris et que le processus se dirige vers le changement.

L'apprentissage de l'EM signifie d'acquérir une plus grande compétence en écoute réflexive, en passant de questions fermées à des **questions ouvertes**. Misant sur des questions ouvertes, le conseiller qui pratique l'EM apprend à formuler des **réflexions** simples, puis plus complexes. Les **affirmations** représentent un type particulier de réflexion : des énoncés visant à reconnaître les valeurs et comportements positifs du client. Les **sommaires** offrent au conseiller diverses façons de formuler et d'offrir au client une rétroaction sur ce qui a été abordé qui peuvent être très efficaces pour façonner le mouvement vers le changement. Ensemble, ces quatre compétences constituent le coffre à outils dont se sert le conseiller pour établir une connexion empathique avec le client, menant ainsi à une compréhension bienveillante de ce dernier et permettant de l'inciter à parler de changement.

Deuxième tâche : Inciter le client à parler de changement

Le conseiller se sert de ses compétences en EM pour porter une attention active à ce qui se produit chez le client. Parle-t-il davantage? Que dit-il? Parle-t-il pour le changement ou pour le statu quo? Un discours de changement a lieu lorsque le client parle en faveur de changements comportementaux sains, et un discours de maintien, lorsqu'il souhaite le statu quo. Un discours de changement se présente sous deux formes : un discours en préparation au changement et un discours au sujet de changements qui se produisent déjà. Il existe sept types de discours de changement, dont on peut se rappeler à l'aide du procédé mnémotechnique **DARN CATs** (en anglais)¹.

DARN décrit le discours de changement préparatoire, qui a lieu lorsque le client aborde :

- **Desire to change** : “I want to get better; I hope I can do this”;
(Le désir de changer : « Je veux me rétablir; j'espère que j'y arriverai »);
- **Ability to change**: “I've been able to stop at times in the past; I'm able to do this”;
(La capacité de changer : « J'ai réussi à arrêter dans le passé; Je peux y arriver »);
- **Reasons for change**: “If I can do this, my health will improve; I don't want to lose my job”;
(Les raisons pour changer : « Si j'y arrive, ma santé s'améliorera; Je ne veux pas perdre mon emploi »);
- **Need to change**: “I can't stand living like this; I need to stay out of jail.”
(La nécessité de changer : « Je ne peux plus vivre ainsi; Je ne dois plus retourner en prison »).

CATs décrit le discours de changement actif, qui a lieu lorsque le client s'exprime :

- **Commitment:** "I am going to get help for this problem";
(Engagement : « Je vais chercher de l'aide pour régler ce problème »);
- **Actions :** "I have talked to my boss about needing time off to get help";
(Actions : « J'ai dit à mon patron que je vais prendre congé pour obtenir de l'aide »);
- **Taking steps:** "I've started cutting back on my drug use to make it easier later to stop."
(Prendre des mesures : « J'ai commencé à réduire ma consommation de drogue pour faciliter mon sevrage plus tard »).

Troisième tâche : Offrir des conseils et échanger l'information

La cinquième compétence de base de l'EM est l'échange d'information et l'offre de conseils. Lorsque ces mesures respectent les principes de l'EM, elles permettent d'offrir au client une rétroaction, sur demande, qui mise sur les connaissances, l'expertise et l'expérience du conseiller. Le fait de fournir de l'information et de prodiguer des conseils représente une partie importante du processus d'aide. Dans l'EM, le conseiller tente d'inciter le client à lui demander des conseils plutôt que de les lui imposer. L'offre de conseils se fait toujours après avoir demandé la permission du client de partager une rétroaction avec lui, et après l'avoir invité à exprimer ses idées et pensées.

Au moment d'offrir des conseils ou de l'information au client, l'EM souligne l'importance de les partager par bribes, en s'arrêtant pour demander au client ce qu'il entend et ce qu'il comprend. Ce processus a plusieurs descriptions, y compris Demande – Morceau – Vérification et Demander – Fournir – Demander. C'est-à-dire Demande (pour la permission), puis Morceau (offrir un conseil ou une information) et Vérification (pour rétroaction et permission de continuer); ou Demander (permission), puis Fournir (conseils, information) et Demander (rétroaction et permission de poursuivre). L'EM met l'accent non seulement sur les conseils, l'information et la rétroaction du conseiller, mais aussi sur ce qu'entend et comprend le client et ce que cela l'incite à faire.

La mesure dans laquelle j'accomplis mon rôle de conseiller n'est pas autant fonction de ce que je pense, dis et fais, mais plutôt de l'effet que ces actions ont sur le client. Par le passé, l'EM mettait davantage l'accent sur les compétences OARS et l'écoute réflexive, minimisant possiblement l'importance accordée au rôle de l'information, de la rétroaction et des conseils dans le counseling. Plus récemment, on a accordé une attention plus explicite à la valeur de l'échange efficace d'information, de conseils et de rétroaction selon les principes de l'EM^{1,5}. Ces mesures font maintenant partie intégrante de la formation et de la pratique de l'EM.

Les quatre processus de l'EM : l'engagement, la focalisation, l'évocation et la planification

Miller et Rollnick ont observé que les conseillers sont souvent pressés d'agir¹. Cependant, les données probantes portent à croire que si le client n'est pas réellement engagé, s'il n'existe pas de sens de focalisation partagé et si les motifs et buts du client ne sont pas clairement compris, l'intervention ne sera pas efficace. Avant de passer à la planification, le conseiller en EM doit s'assurer que le client se sent connecté et compris, ce qui ne prend pas beaucoup de temps. Lors d'interventions rapides, cela peut se produire au cours d'une seule séance. S'il s'agit de clients avec des problèmes plus chroniques et de longue durée, il faudra vraisemblablement plus de temps et le processus sera essentiel à bâtir une relation continue de soin et de soutien.

L'EM considère l'engagement du conseiller envers le client comme un processus nécessaire, devant être maintenu pendant toutes les étapes du traitement. Cette connexion permet au conseiller et au client de mieux se connaître et de se concentrer de façon collaborative sur les buts et d'évoquer les raisons pour le changement. Cette collaboration prépare la voie à la dernière étape : la planification

du changement et l'établissement du programme de changement^{4,16}. Le fait d'attirer l'attention sur l'importance d'engager le client, de mettre l'accent sur les objectifs et d'évoquer des raisons pour le changement permet au conseiller qui se sert de ses compétences en EM de jeter les fondements pour des plans et des mesures plus susceptibles d'être efficaces, car le client s'y est engagé.

Une des métaphores qui oriente l'EM est que le counseling est une danse, plutôt qu'une lutte, avec le client. Le counseling en EM mise sur l'établissement d'un rapport. Les compétences en EM du conseiller lui permettent de nourrir la connexion empathique au cœur de la pratique de l'EM. Cette pratique rassemble compétences et esprit. Les compétences s'apprennent et se perfectionnent. L'esprit fournit les points de compas qui orientent le conseiller dans les situations difficiles qu'il vivra dans le counseling. Miller et Rollnick suggèrent que le fait de posséder les compétences sans l'esprit est semblable à prononcer les paroles d'une chanson sans en jouer la musique¹. Parallèlement, le fait de posséder l'esprit sans les compétences est semblable à avoir l'envie de jouer la musique sans posséder d'instrument pour le faire. C'est la collaboration entre les compétences et l'esprit qui donne au counseling son efficacité.

Répercussions pour les professionnels en consommation de substances et des domaines connexes

Des recherches cliniques ont conclu à plusieurs reprises que les méthodes et techniques dont se servent les conseillers pour leur travail pourraient ne pas avoir un impact aussi important sur les résultats cliniques que leur capacité à établir des connexions empathiques avec leurs clients^{17,18,19}. Des enquêtes ont sans cesse démontré que des interventions bien conçues et bien surveillées par des conseillers bien formés ont normalement des résultats comparables en efficacité et produisent de bons résultats. Ce qui fait une plus grande différence que le mode de traitement, c'est la capacité du conseiller de faire preuve d'empathie. Il a été démontré que les clients de conseillers faisant preuve d'un niveau supérieur d'empathie obtiennent de meilleurs résultats que ceux dont le conseiller a un niveau moindre d'empathie. Le fait d'être empathique constitue une pratique factuelle qui a des incidences considérables sur le recrutement et la formation des conseillers en toxicomanie et des domaines connexes¹³.

L'EM a commencé comme moyen efficace de traiter les buveurs ambivalents face au besoin de modifier leur comportement. Des dizaines d'années plus tard, elle est maintenant reconnue comme pratique factuelle pour le traitement des troubles de consommation de substances et autres comportements toxicomanogènes, ainsi que comme moyen efficace d'aider les personnes ambivalentes face au besoin de changement de comportement en matière de santé dans divers domaines de santé mentale et physique. Sa pertinence en pratique clinique est de plus en plus étayée par la littérature de recherche clinique et le nombre grandissant de conseillers qui en font une partie fondamentale de leur travail clinique ou qui ont renforcé leur approche clinique en l'appuyant sur l'EM. Elle figure aussi de plus en plus dans les programmes des collèges et universités de l'ensemble du pays qui forment les professionnels des services sociaux et des soins de santé, y compris en psychologie, en travail social, en psychiatrie, en médecine familiale, en sciences infirmières, en pharmacologie et en toxicomanie.

L'objectif de l'EM est plutôt modeste : aider les gens qui pourraient profiter d'un changement de comportement. Les compétences sur lesquelles elle s'appuie sont faciles à comprendre et difficiles à mettre en pratique. Tout en offrant son acceptation et sa compassion, le conseiller accorde une attention particulière au langage du changement et utilise sa compétence en écoute réflexive pour engager le client dans un processus menant à l'établissement d'un objectif précis et d'un plan d'action. Les praticiens décrivent l'EM comme étant un style de counseling et un moyen d'être avec les clients²⁰.

La simple connaissance des principes de l'EM n'est pas suffisante pour en permettre la pratique. Cela nécessite des connaissances qui découlent de sa pratique. Les ateliers et les diverses lectures offrent un point de départ stimulant. Le passage de praticien novice à expert est une pratique graduelle. Un des aspects encourageants de l'EM est que la plupart des gens reconnaissent l'esprit d'EM et connaissent déjà certaines des compétences décrites précédemment. La formation en EM se préoccupe d'améliorer la capacité d'établir une connexion avec le client et de l'aider à apporter des changements sains. Quant à elle, l'amélioration des compétences cliniques est une pratique continue.

Le Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT) est un organisme international offrant une formation aux praticiens souhaitant être reconnus comme formateurs en EM. Les formateurs en règle du MINT ont accès aux nouvelles connaissances et approches en EM, ainsi qu'aux documents et outils de formation approuvés. Le MINT élabore des politiques et des protocoles pour la certification plus formelle des praticiens et formateurs en EM.

L'apprentissage de l'EM est une question de pratique. Miller et ses collègues offrent les suggestions suivantes pour commencer¹³ :

- Écoutez activement avant de poser des questions;
- Si vous vous rendez compte que vous avez posé trois questions de suite, faite appel à une autre compétence OARS;
- Faites en sorte qu'au moins la moitié de vos questions soient ouvertes plutôt que fermées;
- Tentez d'offrir deux réflexions par question.

L'EM se concentre sur ce que dit le client dans le but de l'aider à décider ce qu'il fera ensuite. Le conseiller en EM cherche à orienter le client vers les bonnes voies. À mesure que le client se sent écouté et qu'il s'entend parler, le conseiller oriente le processus de façon à inciter le client à parler du changement plutôt que comme quelque chose qu'il se sent obligé de fournir. L'engagement est la pierre angulaire qui permet la focalisation et l'établissement d'objectifs par collaboration, menant à des plans de changement. Et cela commence en invitant le conseiller à toujours établir une connexion.

Préparé par Wayne Skinner, directeur clinique adjoint, Programme de soins ambulatoires et traitements structurés, Centre for Addiction and Mental Health; Barbara Russell, bioéthicienne principale, Hôpital général de Toronto et Women's College Hospital; Daniel Buchman, bioéthicien, Réseau universitaire de santé.

Références

1. Miller, W.R. et S. Rollnick. *Motivational interviewing: Helping people change (3rd ed.)*, New York (N.Y.), Guilford Press, p. 29, 2012.
2. Rogers, C. *Client-centered therapy : its current practice, implications, and theory*, Londres (R.-U.), Constable, 1951.
3. Miller, W.R. « Motivational interviewing with problem drinkers », *Behavioural psychotherapy*, vol. 11, n° 2 (1983), p. 147-172.
4. Moyers, T.B. et W.R. Miller. « Is low therapist empathy toxic? », *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 27, n° 3 (2013), p. 878-884.
5. Rollnick, S., W.R. Miller, C.C. Butler et M.S. Aloia. *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior*, New York (N.Y.), Guilford Press, 2008.
6. Lundahl, B. et B.L. Burke. « The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 65, n° 11 (2009), p. 1232-1245.

7. Lundahl, B.W., C. Kunz, C. Brownell, D. Tollefson et B.L. Burke. « A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies », *Research on Social Work Practice*, vol. 20, n° 2 (2010), p. 137-160.
8. Stinson, J.D. et M.D. Clark. *Motivational interviewing with offenders: engagement, rehabilitation and reentry*, New York (N.Y.), Guilford Press, 2016.
9. Wagner, C. et K. Ingersoll. *Motivational interviewing in groups*, New York (N.Y.), Guilford Press, 2014.
10. Allen, J.P., M.E. Mattson, W.R. Miller, J.S. Tonigan, G.J. Connors, R.G. Rychtarik... et E. Sturgiss. « Matching alcoholism treatments to client heterogeneity », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 58, n° 1 (1997), p. 7-29.
11. Moyers, T.B., T. Martin, P.J. Christopher, J.M. Houck, J.S. Tonigan et P.C. Amrhein. « Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: Where is the evidence? », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 31, n° s3 (2007), p. 40s-47s.
12. Gaume, J., G. Gmel, M. Faouzi et J.-B. Daeppen. « Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 37, n° 2 (2009), p. 151-159.
13. Miller, W.R., A.A. Forcehimes et A. Zweben. *Treating addiction: A guide for professionals*, New York (N.Y.), Guilford Press, 2011.
14. Norcross, J. *Psychotherapy approaches that work: evidence-based responsiveness (2nd ed.)*, Londres (R.-U.), Oxford University Press, 2011.
15. Cohen, S., M. Herie Dragonetti et M. Barker. « Motivational interviewing ». Dans C. Els, D. Kunyk et P. Selby (dir.), *Disease interrupted: a clinical guide to tobacco reduction and cessation*, Montréal (Qué.), Les Presses de l'Université Laval, 2014.
16. Skinner, W. et C. Cooper. *Motivational interviewing for concurrent disorders*, New York (N.Y.), Guilford Press, 2013.
17. Norcross, J.C. et B.E. Wampold. « Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices », *Psychotherapy*, vol. 48, n° 1 (2011), p. 98-102.
18. Allen, J., R.F. Anton, T.F. Babor, J. Carbonari, K.M. Carroll, G.J. Connors... et A. Zweben. « Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes », *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, vol. 22, n° 6 (1998), p. 1300-1313.
19. Zuroff, D.C., A.C. Kelly, M.J. Leybman, S.J. Blatt et B.E. Wampold. « Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: effects on maladjustment and self-critical perfectionism », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 66, n° 7 (2010), p. 681-697.
20. Miller, W.R. et S. Rollnick. *Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.)*, New York (N.Y.), Guilford Press, 2002.

Sélection de ressources

Motivational Interviewing: Helping People Change (3^e éd., 2012) (en anglais seulement)
Guide clinique faisant autorité sur l'EM par William R. Miller et Stephen Rollnick. S'adresse aux professionnels et aux étudiants et porte sur les quatre processus de l'EM. Comprend des vignettes et des exemples d'entrevues.

Source : Guilford Press

Accessible sur la page : www.guilford.com/books/Motivational-Interviewing/Miller-Rollnick/9781609182274

Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT) (en anglais seulement)

Le MINT est une organisation internationale de formateurs en EM qui préconise la qualité de pratique, la recherche et la formation en EM. Le site Web comprend une liste exhaustive de ressources d'EM.

Accessible sur le site : www.motivationalinterviewing.org

Pour les professionnels de la santé : l'entrevue motivationnelle

Site Web offrant des outils et feuilles de travail pratiques téléchargeables pouvant servir à tous les types de professionnels de la santé qui pratiquent l'entrevue motivationnelle.

Source : PSYMontréal

Accessible sur la page : psymontreal.com/pour-les-professionnels-de-la-sante/

Motivational Interviewing Step by Step (2012) (en anglais seulement)

Série de quatre vidéos; la première comprend les principes fondamentaux de l'EM. Les vidéos suivantes présentent des vignettes démontrant l'application de diverses stratégies d'EM.

Accessible sur la page : www.psychotherapy.net/video/motivational-interviewing-series

Coût : voir le site Web

Motivational Interviewing for Tobacco Cessation (2014) (quelques vidéos en français)

Série de vidéos sur l'utilisation de l'entrevue motivationnelle pour cesser de fumer. Choisir la liste de vidéos sur l'entrevue motivationnelle (anglais ou français) de YouTube.

Source : Centre de toxicomanie et de santé mentale

Accessible sur la page : www.youtube.com/user/teachproject/playlists

Motivational Interviewing in Respiratory Health Care: Trainers' Toolkit (2014) (en anglais seulement)

Trousse d'outils d'EM pour formateurs travaillant dans les soins respiratoires. Comprend des conseils d'animation, des objectifs d'apprentissage, des plans de leçon, des diapositives, des vignettes vidéo, des exercices interactifs et plus encore.

Source : Centre de toxicomanie et de santé mentale

Accessible sur la page : www.nicotinedependenceclinic.com/English/teach/Pages/OLA-toolkit.aspx

ISBN 978-1-77178-420-7

© Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2017



Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances

Le CCDUS a été créé par le Parlement afin de fournir un leadership national pour aborder la consommation de substances au Canada. À titre d'organisme digne de confiance, il offre des conseils aux décideurs partout au pays en profitant du pouvoir des recherches, en cultivant les connaissances et en rassemblant divers points de vue.

Les activités et les produits du CCDUS sont réalisés grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées par le CCDUS ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.