

L'Entrevue motivationnelle: un guide de formation

Version préliminaire 4.1 - Novembre 2001

*Programme de recherche sur les addictions
Centre de recherche de l'hôpital Douglas
6875 boul. LaSalle
Verdun, Québec
H4H 1R3*

*Textes originaux et adaptation de l'anglais
par Vincent Rossignol, (M.Ed)
Superviseur clinique*

TABLE DES MATIÈRES

Préface	5
1. Introduction	7
2. Comprendre le changement	9
Le changement naturel	9
Le phénomène des listes d'attente	10
Les interventions brèves	11
Efficacité des interventions brèves	11
Ingrédients essentiels des interventions brèves	12
L'effet thérapeute	14
Le réflexe correcteur	16
3. L'entrevue motivationnelle	18
Définition	18
La motivation	19
Concepts de base de l'entrevue motivationnelle	19
L'ambivalence	19
Les stades de changement	20
La théorie de la motivation à l'autoprotection	22
La balance décisionnelle	23
La théorie de la réactance psychologique	24
La théorie de la protection du soi de Bem	24
Disposé au changement	24
Principes directeurs de l'EM	25
4. Manifestations cliniques	27
Approche traditionnelle	27
Approche cognitivo-comportementale	28
Approche non directive ou rogéienne	29
5. Quatre stratégies générales d'intervention	31
Faire preuve d'empathie	31
Développer les divergences	31
Éviter les argumentations	31
Nourrir le sentiment d'efficacité personnelle	32
6. Phase 1 : Bâtir la motivation	33
Les pièges	33
Focalisation prématurée	33
Piège de l'étiquetage	33
Piège de la non-neutralité	34

Piège de l'expert	34
Piège des questions réponses	34
7. Phase 1 : Stratégies motivationnelles à utiliser en début d'intervention	36
Faire ressortir le « discours-changement »	36
Comment faire ressortir le discours-changement	37
Les stratégies d'ouverture	38
Ouverture	38
Poser des questions ouvertes	39
Le reflet, l'écoute active et les barrières à la communication	41
Soutenir la personne aidée	45
Résumer et récapituler	45
Fin de la première session	46
8. L'importance et la confiance	48
Pièges à éviter	49
9. La résistance	51
Types de comportements résistants	52
Que faire ?	52
10. Entre les sessions	54
Lettre de rappel	54
Les rendez-vous manqués	54
11. Phase 2 : Renforcer l'engagement face au changement	56
Reconnaître quand un client est prêt à passer à l'action	56
Dresser un plan	56
Rappeler la liberté de choix au client	57
Conséquences de l'action et de l'inaction	58
Information, conseils et avis	58
L'abstinence	60
Récapituler	60
Faire ressortir l'engagement	61
12. Impliquer une personne significative	62
Buts de l'implication de personnes significatives	62
Le rôle de la personne significative	63
La personne significative et la phase 1	63
La PS et la phase 2	65
Les PS nuisibles	65
13. Entrevue motivationnelle de groupe	67
Recrutement	68
Nombre de participants	69

Format des rencontres	69
Déroulement des groupes	70
Amorce du groupe	71
Présentation des participants	73
Présentation du feedback	73
Entre la première et la deuxième session	74
Lettre de rappel	74
Rencontre 2	74
Poursuivre la Phase 1 ou la Phase II ?	74
Sommaire de la première session	74
Dresser un plan	75
Faire ressortir l'engagement	75
Récapituler	75
Entre les sessions 2 et 3	76
Rencontre 3	76
Entre les sessions 3 et 4	77
Rencontre 4	77
14. Notes sur certaines situations problématiques	78
Insatisfaction face au traitement	78
Consultation téléphonique	79
Intervention de crise	79
Références sélectionnées	80

Annexes

Préface

C'est dans le cadre de deux projets de recherche menés par le Programme de recherche sur les addictions du Centre de recherche de l'hôpital Douglas que l'idée de rédiger un guide en français sur l'Entrevue motivationnelle s'est imposée.

Le premier projet consistait à élaborer un programme de dépistage précoce et d'intervention brève dans les cas d'abus d'alcool et/ou de drogues à l'intention des centres de soins communautaires. Trois cliniques communautaires ont participé à ce projet de transfert de connaissances.

Un des objectifs de la seconde étude était de vérifier dans quelle mesure l'Entrevue motivationnelle pouvait être adaptée de façon à être offerte en groupe plutôt qu'individuellement. Trois centres de réadaptation pour toxicomanes ont pris part au projet.

En plus d'offrir aux intervenants de ces centres et de ces cliniques une formation en Entrevue motivationnelle, il s'avérait essentiel de pouvoir leur fournir de la documentation en français sur cette approche. C'est dans ce but que nous avons recruté les services de monsieur Vincent Rossignol.

Ce document est donc une synthèse d'écrits originaux des docteurs William R. Miller et Stephen Rollnick, qui ont développé cette approche, ainsi que de Vincent Rossignol qui avait publié en 1999 dans la revue *L'Intervenant* de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec un article portant sur l'Entrevue motivationnelle. Écrit sous forme d'article de vulgarisation, il devait devenir le texte théorique présenté dans la première partie de ce guide. Monsieur Rossignol a par la suite bonifié le texte en incluant les modifications et en actualisant les concepts théoriques à la base de la deuxième édition du livre *Motivational Interviewing : Preparing People to Change* prévue pour 2001 et qui lui avaient été transmis lors d'une formation pour formateurs en entrevue motivationnelle qui s'est déroulée à Québec à l'été 2000 (Miller, 2000).

La deuxième partie de ce guide, la partie pratique, est essentiellement une adaptation d'écrits originaux des docteurs William R. Miller et Stephen Rollnick ainsi que d'écrits contenus dans le document produit par le NIAAA (National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse): Motivational Enhancement Therapy (Miller, Zweben et al., 1995)-un guide de formation pour thérapeutes rédigé dans le cadre du projet américain MATCH. Quelques ajouts et modifications mineures apparaissent suite à la rencontre de Québec. Le chapitre treize, pour sa part, représente le fruit de nos travaux d'adaptation de l'entrevue motivationnelle en format groupe.

Nous tenons à souligner que ce guide est une version préliminaire qui doit encore être révisée et bonifiée. Si vous avez des questions, commentaires ou suggestions, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

Thomas G. Brown, Ph.D.
Directeur du Programme de recherche sur les addictions
Centre de recherche de l'hôpital Douglas
Téléphone : (514) 761-6131, poste 3415
Courriel : brotho@douglas.mcgill.ca

L'entrevue motivationnelle: un guide d'intervention

1. Introduction

Ce guide est né du vide. Jusqu'à tout récemment, il existait en effet très peu d'écrits scientifiques en français portant sur l'entrevue motivationnelle (EM) : *Motivational Interviewing* (Miller & Rollnick, 1991) en anglais. Pourtant, ce style d'intervention brève, développé par les docteurs William R. Miller (*University of New Mexico*) et Stephen Rollnick (*University of Wales*) jouit d'un certain appui au sein de la communauté scientifique et clinique oeuvrant en toxicomanie. Elle a recueilli des résultats empiriques fort intéressants lors de diverses études portant sur son efficacité (Miller, Sovereign & Krege, 1988 ; Bien, Miller & Boroughs, 1993 ; Miller, Benefield & Tonigan, 1993 ; Miller, Brown, Simpson, Handmaker, Bien, Luckie, Montgomery, Hester & Tonigan; 1995; Noonan & Moyers, 1997).

L'EM fut l'une des approches étudiées lors du projet MATCH américain (Project Match Research Group, 1997), une étude d'envergure jusque-là inégalée en toxicomanie (1,726 sujets) visant à comparer l'efficacité de trois styles d'interventions fréquemment utilisés auprès des personnes souffrant de dépendance à l'alcool. L'EM y recueille des résultats fort honorables. Par contre, au sein de la francophonie, l'EM reste relativement peu connue et seuls quelques centres utilisent cette approche de façon systématique. Ce guide vise donc à présenter ce style de counselling aux intervenants francophones oeuvrant de près ou de loin dans le domaine de la modification de comportement.

Pour ce faire, nous vous présentons d'abord quelques réflexions préalables portant sur le changement et des considérations théoriques sur le processus de changement. Par la suite, comme l'EM fait partie de la famille des interventions brèves, nous étudions l'efficacité de telles interventions comparativement aux interventions plus longues. Quelques ingrédients essentiels des interventions brèves efficaces vous sont présentés.

Nous expliquons ensuite en quoi l'EM offre un regard nouveau sur les personnes demandant une aide thérapeutique. Une nouvelle définition de la motivation vous est offerte en plus des concepts théoriques à la base de l'EM (les modèles théoriques à la source de cette approche, son esprit et ses principes). Nous étudions ensuite en quoi l'EM se distingue de l'approche cognitivo-comportementale, de l'approche rogéienne et du modèle dit « traditionnel » d'intervention en toxicomanie . Enfin, nous survolons les stratégies fréquemment utilisées dans le cadre de l'EM ainsi que les diverses phases d'intervention.

2. Comprendre le changement (quelques pièces du puzzle)

Débutons le tout en présentant quelques éléments de réflexion soulevés par les docteurs Miller et Rollnick quant à la pratique de la relation d'aide et au processus de changement. Rappelons que bien qu'ayant pris naissance dans le milieu de l'intervention clinique en toxicomanie, les questionnements soulevés par les auteurs s'adressent à un public plus vaste. Vous remarquerez certes que les questionnements de Miller et de Rollnick quant à la pratique thérapeutique trouvent écho dans un champ plus vaste que l'intervention auprès des personnes aux prises avec un problème de consommation.

Le changement naturel

Contrairement à la croyance populaire, bien des gens réussissent à modifier leurs comportements sans aucune forme d'aide extérieure. Surprenant? Pas vraiment! De façon plus générale, la majorité des personnes aux prises avec une consommation ou un comportement problématique réussissent à modifier leur comportement sans aide professionnelle (Sobell Ellingstad, Sobell, 2000). Dans le domaine de la toxicomanie, moins de 10% des personnes aux prises avec un problème de consommation font appel à un centre spécialisé pour modifier leur habitude (Narrow, Regier, Rae, Manderscheid & Locke 1993; citée dans Sobell et al., 2000). Entre 80 et 90% des gens réussissent à arrêter de fumer sans l'aide d'un thérapeute, d'un conseiller ou d'un psychologue. L'auto-changement est aussi possible pour d'autres formes de problématiques (névrose : Eysenck & Rachman 1973; bégaiement : Finn, 1997; cités dans Sobell et al., 2000). Le changement naturel, dans bien des cas, constitue la règle et non l'exception.

Ce phénomène est parfois nommé (péjorativement) « guérison spontanée » ou « spontaneous remission », en anglais. Cette catégorisation laisse sous-entendre que les individus sont incapables de changer leur comportement sans aide extérieure et que ces « autodidactes » représentent des cas exceptionnels, des cas isolés. En toxicomanie, il est fréquent d'entendre qu'un problème d'alcool non « traité » mène invariablement à la prison, à l'hôpital psychiatrique ou à la tombe. La réalité est souvent bien moins tragique.

En fait, les travaux de Prochaska et DiClemente (1982) ont démontré que ces « autodidactes » passent à travers une série « naturelle » de stades de changement. C'est ce changement naturel qu'ils ont tenté d'expliquer afin que la communauté des aidants thérapeutiques puisse s'y greffer, pousser, et peut-être même accélérer ce processus. Développé à l'origine auprès des fumeurs, le modèle a bien résisté à la transférabilité à d'autres problématiques. Nous expliquons ces divers stades plus loin.

Le phénomène des listes d'attente

A première vue, il peut être surprenant de nous voir aborder le phénomène des listes d'attente dans notre analyse. Ce phénomène constitue un problème de gestion clinique et éthique de première importance. On sait maintenant que le nombre d'heures alloué à une démarche thérapeutique n'est pas un des prédicteurs les plus fiables de succès thérapeutique. Comme nous le verrons plus tard, une intervention brève bien ciblée et bien structurée peut être aussi efficace, pour certains clients, qu'une intervention plus longue. Réduire les temps d'intervention, sans réduire les effets thérapeutiques, est un objectif des plus réalistes.

D'autre part, certains intervenants croient que le fait d'attendre des services thérapeutiques peut, en soi, provoquer un changement de comportement ou tout au moins « tester » la motivation des clients. Bien que le fait d'amorcer une démarche pour obtenir de l'aide soit, de fait, un signe extérieur de motivation, le client se voit souvent confronté à une période d'attente variant de quelques jours à quelques mois. Étrangement, cette période d'attente est parfois utilisée pour évaluer de la motivation du client. Si le client est *vraiment* motivé, il saura attendre. En fait, paradoxalement, c'est exactement ce qui se passe, les gens *attendent* l'arrivée du thérapeute mais leur situation ne s'améliore pas ou peu et même, elle se détériore parfois. Certaines organisations semblent aussi se servir des listes d'attente comme mode de gestion clinique, éliminant ainsi les "*non-motivés*" et ne gardant que les gens qui veulent "*vraiment*" changer. Si quelqu'un est prêt à poireauter 6 mois sur une liste d'attente, il "doit" bien être motivé.

Le message que la communauté thérapeutique envoie ainsi à la communauté des personnes en besoin d'aide est pour le moins troublant. Le message est que les clients 1) ne peuvent "guérir" sans l'aide d'un thérapeute; 2) ne peuvent amorcer un changement sans être en face-à-face avec un thérapeute et 3) doivent prouver qu'ils sont motivés.

Ceci pose donc un problème de première importance. Doit-on laisser les listes d'attente s'allonger ou est-il possible d'intervenir de façon précoce, ne serait-ce que brièvement, pour aider le processus naturel de changement et ainsi limiter les engorgements? Voilà en quoi, les interventions brèves, l'EM entre autres, peuvent nous être des plus utiles. Les clients recevant une intervention brève 1) sont vus plus rapidement, 2) sont mis en contact avec un professionnel qui peut évaluer la gravité de la situation et 3) peuvent opter pour une démarche alternative. Une recherche portant sur l'impact de l'entrevue motivationnelle sur la participation et les résultats cliniques de clients participant à un programme résidentiel en toxicomanie du Nouveau-Mexique démontre que les personnes ayant reçu une intervention motivationnelle préalable (incluant un bilan ou un *Alcoo'portrait*) sont perçues par les thérapeutes comme étant plus motivées et plus impliquées dans leur démarche de changement. (Brown & Miller, 1993). Mais qu'est-ce qui rend ces interventions si efficaces? Prenons donc le temps de faire un survol des interventions brèves.

Les interventions brèves

Efficacité des interventions brèves

Les traitements cliniques en toxicomanie ont longtemps consisté, en grande partie, en des cures fermées d'une durée moyenne de 21 à 28 jours. Ces traitements à l'interne, parfois offerts par l'entreprise privée, peuvent demander un investissement financier considérable (entre 2 700 \$ et 3 000 \$ canadiens). La recherche scientifique s'intéresse à la pertinence de telles cures fermées depuis maintenant plus de dix ans.

Dès 1986, Miller et Hester remettent en question la pertinence des traitements offerts sur une base interne car aucune des recherches scientifiques qu'ils ont consultées n'a pu démontrer la supériorité de ces derniers sur les traitements effectués sur une base externe. À la même

époque, McCrady, Longabaugh, Fink et al., (1986) confirment la relative équivalence des traitements en interne et des traitements offerts en externe.

Dans une méta-analyse regroupant les recherches effectuées dans le domaine, Miller, Zweben, DiClemente & Rychtarik (1995) comparent l'efficacité des interventions brèves à l'absence totale de traitement ou de counselling d'inspiration comportementale. Ils confirment que plusieurs études soutiennent la relative supériorité des interventions brèves sur l'absence totale d'intervention (études citées dans Miller, Zweben, DiClemente & Rychtarik 1995: Anderson & Scott, 1992; Babor & Grant, 1991; Bien, 1991; Brown & Miller, 1992; Chick, Lloyd & Crombie, 1985; Elvy, Wells & Baird, 1988; Kristenson & Ohlin, Hulten-Nosslin, Trelle & Hood, 1983; Maheswaran, Beevers & Beevers, 1990; Persson & Magnusson, 1989; Wallace, Cutler & Haines, 1988).

Certaines études soutiennent quant à elles que les interventions brèves sont relativement équivalentes au counselling à plus long terme (études citées dans Miller, Zweben, et al., 1995: Carpenter, Lyons & Miller, 1985; Heather, Whitton & Robertson, 1986). De plus, les interventions brèves ont souvent obtenu des résultats similaires à ceux obtenus par des traitements donnés sur une base externe (études citées dans Miller, Zweben et al., 1995: Chapman & Huygens, 1988; Edwards & Orford, 1977; Sannibale, 1989). Enfin, les interventions brèves ont aussi obtenu des résultats équivalents aux traitements donnés sur une base interne (études citées dans Miller, Zweben, et al., 1995: Chapman & Huygens, 1988; Edwards, et al., 1977).

De ces recherches, il est donc possible de conclure que les interventions brèves représentent tout au moins une alternative valable aux interventions plus longues et aux traitements donnés sur une base interne ou externe.

Ingrédients essentiels des interventions brèves

Comment des interventions brèves peuvent-elles avoir un impact si probant sur la modification d'un comportement? Des études récentes (Bien, Miller & Tonigan, 1993; Miller &

Rollnick, 1991) ont identifié six ingrédients essentiels aux interventions brèves efficaces (Feedback, Libre arbitre, Avis, Menu d'options, Empathie, Sentiment d'efficacité personnelle) regroupés sous l'acronyme: FLAMES (FRAMES dans le texte anglais).

Les interventions brèves contiennent tout d'abord des éléments d'information, de *Feedback* où les individus reçoivent de l'information objective et non biaisée sur l'état actuel de leur situation personnelle. Dans le cadre de l'entrevue motivationnelle ceci se traduit par l'administration de tests regroupés dans un " *Alcoo'portrait* " (Rossignol, 1998) ou " *Drinkers Check-up* " (Miller, Sovereign & Krege, 1988).

Un deuxième élément des interventions brèves efficaces consiste à rappeler aux clients leur liberté de choix et d'action. Personne ne peut les forcer à prendre une décision qui ira à l'encontre de leur désir profond. Ils conservent leur *libre arbitre*. Cet élément leur est souvent présenté de la façon suivante:

"C'est à vous de décider ce que vous voulez faire de cette information. Personne ne peut décider à votre place et personne ne peut changer votre consommation d'alcool si vous ne le voulez pas. C'est votre choix et, si un changement doit s'opérer, c'est à vous qu'il revient d'en prendre la décision".

(Extrait de Miller & Rollnick, 1991 -Traduction de Rossignol)

Dans le cadre de plusieurs études portant sur l'efficacité des interventions brèves, les aidants émettent un *Avis* (i.e.: un conseil aux clients leur suggérant de modifier leur comportement de consommation). Ces avis sont émis de façon professionnelle et non coercitive, et seulement à la demande explicite du client.

De plus, les personnes aidées se voient offrir un *Menu d'options* (i.e : un éventail de possibilités de traitement). Une des difficultés fréquemment rencontrées dans le domaine de la toxicomanie est le peu de méthodes ou de traitements alternatifs offerts aux clients. Le traitement est souvent le même pour tous et il tient peu compte des différences individuelles. En offrant un menu d'options, les personnes aidées peuvent choisir le ou les moyens thérapeutiques qui répondent le mieux à leurs aspirations et à leurs situations. Les personnes aidées ont plus de chance d'adopter un plan de traitement qu'ils ont eux-mêmes aidé à établir.

Nous avons déjà vu que les thérapeutes faisant preuve d'*Empathie* obtiennent de meilleurs résultats thérapeutiques. La confrontation comme stratégie d'intervention suscite de la résistance chez le client (Patterson & Forgatch, 1985) et cette résistance semble prédire de piètres résultats thérapeutiques. Miller, Benefield & Tonigan (1993) ont observé une corrélation positive entre le niveau de résistance du client au moment de l'intervention et son niveau de consommation d'alcool un an plus tard.

Enfin, les interventions brèves, pour être efficaces, se doivent de renforcer le *Sentiment d'efficacité personnelle* du client (Bandura, 1995). Le sentiment d'efficacité personnelle réfère à la croyance des individus en l'impact de leurs actions sur une situation qu'il désire modifier. Il est possible que le fait de présenter la dépendance à l'alcool comme étant une maladie progressive, incurable et mortelle ait un impact négatif sur le sentiment de compétence de nos clients.

La principale contribution de Miller et Rollnick (1991) est d'inclure ces ingrédients dans un style d'intervention brève particulier: l'entrevue motivationnelle.

L'effet thérapeute

Paradoxalement, les recherches des cinquante dernières années en toxicomanie n'ont pu identifier avec certitude des caractéristiques propres aux clients pour expliquer ce qui fonctionne ou ce qui cloche lors des rencontres entre l'aidé et l'aidant (voir Rossignol, 1999). Par contre, certaines recherches semblent démontrer l'importance des comportements, des attitudes et des croyances du *thérapeute* ainsi que de l'alliance thérapeutique qu'il forge avec ses clients pour expliquer le succès de l'intervention. L'effet thérapeute transcende les familles théoriques d'interventions (voir Project Match Research Group, 1998 pour un survol).

Dès le début des années soixante, les perceptions des intervenants travaillant auprès des personnes "*alcooliques*" ont fait l'objet de recherche (Chafetz, 1961). Chafetz affirme que si une personne refuse de suivre un traitement ou abandonne une thérapie en cours de route, les intervenants devraient plutôt chercher dans leur façon d'établir des rapports thérapeutiques les raisons de ces échecs plutôt que d'étiqueter le client comme un "*alcoolique chronique*" - (*hopeless*

alcoholic). Greenwald & Bartemeier (1963) identifient eux aussi les intervenants comme une des causes principales de l'échec des traitements psychiatriques.

Plus récemment, Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien & Auerbach (1985) suggèrent que la capacité des thérapeutes à former une alliance thérapeutique et leur fonctionnement interpersonnel (Valle, 1981) sont d'importants prédicteurs de l'efficacité de leur intervention. Patterson et Forgatch (1985) démontrent comment les comportements "*résistants*" des clients étaient en fait déterminés par certains comportements des thérapeutes. Plus le thérapeute *confronte* et *dirige* ou tente de *convaincre* et d'*enseigner*, plus le client résiste. Inversement, plus le thérapeute utilise un style dit "*rogérien*", moins le client résiste.

Au niveau de la toxicomanie, un thérapeute utilisant l'affrontement et la directivité peut s'attendre à ce que ses clients consomment plus (un an plus tard) que le thérapeute utilisant un style se rapprochant de l'écoute empathique et du style rogérien (Miller, Benefield & Tonigan, 1993).

Or, selon Miller et Rollnick (1991), l'utilisation de techniques dont l'efficacité est tout au moins questionnable peut aussi s'expliquer par un phénomène bien documenté en psychologie connu sous le nom d'*effet Pygmalion*. Selon ces derniers, la société (et par inclusion les intervenants en toxicomanie) peut entretenir des idées préconçues de ce qu'est une personne dite "*alcoolique*". Ces idées préconçues peuvent teinter la qualité de la relation thérapeutique. Si nous avons l'impression que la personne "*alcoolique*" est essentiellement une personne qui n'est pas motivée et qui ne veut pas s'aider nous agissons différemment que si nous percevons les personnes dites "*alcooliques*" sous un jour plus favorable.

De plus, notons que plusieurs intervenants dans le domaine de la toxicomanie ont eux-mêmes une expérience personnelle du rétablissement. Il est possible que certains d'entre eux décident de devenir conseillers en toxicomanie afin de donner un sens à la souffrance qu'ils ont éprouvée lors de leur rétablissement (Frankl, 1959). Cette préoccupation légitime d'ex-toxicomane permet aussi d'éviter à d'autres de souffrir inutilement en faisant cadeau de leurs

expériences de vie aux personnes dans le besoin. Par contre, ce phénomène peut aussi donner lieu à une forme de contre-transfert. Il se peut que des intervenants bien intentionnés projettent sur leurs clients leurs expériences, leurs sentiments et leurs pensées. Loin d'être à l'écoute de l'aidé, l'aidant tente alors d'imposer son cheminement à l'autre et s'il considère qu'il était lui-même en négation au début de son propre rétablissement ou qu'un thérapeute lui ait inculqué cette croyance, il peut bien "transférer" cette croyance sur une personne qui a priori ne l'est pas.

Le réflexe "correcteur"

Récemment, Miller (2000) a introduit un concept novateur pour expliquer des phénomènes fréquemment rencontrés en thérapie : *la confrontation* et *la résistance*. Problème souvent attribué à des traits de personnalité pathologique du client, et ce particulièrement dans le domaine de l'intervention en toxicomanie (lire Rossignol, 1999), la résistance est un phénomène qui s'explique autrement que par une psychopathologie du client. Loin d'être un signe malsain, la résistance est souvent le symptôme d'une *dissonance* dans la relation thérapeute-client (voir chapitre 9).

Pour ce qui est de la confrontation, elle s'expliquerait par une nécessité de « démantibuler » les supposés mécanismes de défense d'un client toxicomane. Dans des écrits précédents, Miller et Rollnick (Miller 1983 ; Miller & Rollnick, 1991) ont attribué ce phénomène à une erreur dans le paradigme traditionnel expliquant le phénomène de la toxicomanie, en Amérique du nord tout au moins (voir Rossignol, 1999 pour un survol).

Miller et Rollnick (Miller, 2000) ont introduit récemment la notion du « réflexe-correcteur » (*Righting Reflex*) afin d'expliquer comment, dans un contexte dépassant l'intervention en toxicomanie, ce phénomène peut se manifester dans toute relation d'aide. Selon eux, il existe chez bien des intervenants un réflexe naturel qui vise à corriger les situations problématiques, à vouloir le bien de leurs clients, à redresser des torts. À première vue, l'on peut être surpris de voir ce concept comme étant "problématique" en soi. Mais lorsque nous sommes trop pressés de *corriger* une situation - (en plus d'avoir la certitude de ce que le client "*doit*" faire), nous pouvons provoquer une réaction clinique prévisible : la "*résistance*".

En toxicomanie, par exemple, il se peut que le thérapeute ait une idée bien établie de ce que le client *doit* faire pour se rétablir (ex: admettre qu'il est alcoolique, arrêter de boire et participer aux rencontres des Alcooliques Anonymes). Bien que ceci soit une solution pour certains individus, ce n'est pas une panacée. De plus, cette attitude suppose que le thérapeute n'ait plus à écouter le client mais plutôt à le *convaincre*. Lorsqu'il est confronté à un client "ambivalent", le thérapeute peut percevoir celui-ci comme étant en *négation*, ce qui en soi provoque une dynamique "confrontation/résistance" qui peut saboter l'entrevue clinique et le lien thérapeutique.

Nous expliquons plus en détails la problématique de résistance et les façons de l'éviter dans un chapitre subséquent.

3. L'entrevue motivationnelle

Définition

Miller et Rollnick (Miller, 2000) définissent l'entrevue motivationnelle comme étant : *une méthode de communication, directive et centrée-sur-le-client utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence.* (traduction libre par V. Rossignol).

Loin d'être un amalgame de techniques et de stratégies, l'entrevue motivationnelle est un *style* d'intervention brève. Il se traduit évidemment par une série de techniques et de stratégies mais l'essence, la nature même de l'intervention, réside d'abord et avant tout dans la relation entre l'aidant et le client. L'entrevue motivationnelle est directive par la sélectivité des reflets, des résumés, du soutien accordé au client. D'autre part, elle est non-directive dans l'exploration de l'ambivalence et des valeurs fondamentales du client.

L'entrevue motivationnelle se divise en deux grandes phases. La première vise à faire ressortir un portrait global de la situation tout en tentant de faire progresser le client vers une décision de changement afin de résoudre une situation difficile. La deuxième étape vise à consolider la décision de changement et à entamer les actions pour y donner suite. La durée d'une EM oscille généralement entre une et six rencontres. Les diverses stratégies propres à ces étapes vous seront présentées plus tard.

Comme son nom l'indique, l'entrevue motivationnelle vise d'abord à aider l'individu à prendre une décision et à trouver *sa* motivation pour modifier un comportement problématique. Loin d'être uniquement la responsabilité du client, un trait, ou encore un état inné que l'on emmène avec nous en thérapie, l'EM perçoit la motivation comme le fruit d'une interaction entre deux individus (Miller & Rollnick, 1991; Miller, Benefield & Tonigan; 1993). L'aidant influence favorablement ou négativement la motivation des personnes aidées de par la qualité de ses stratégies d'intervention.

La motivation

Mais qu'est-ce que la motivation ? Miller et Rollnick (1991) suggèrent une définition de la motivation qui diffère de celle du modèle traditionnel. Selon eux, la motivation se définit comme étant "*the probability that a person will enter into, continue and adhere to a specific change strategy*" (études citées dans Miller & Rollnick, 1991). Ces auteurs stipulent que les thérapeutes sont loins d'être des spectateurs du processus de changement des clients. Au contraire, les thérapeutes influencent significativement la motivation des clients. L'EM vise donc à faire ressortir la motivation intrinsèque des clients de façon durable en les aidant à identifier et à nommer *leur* motivation.

Concepts de base de l'entrevue motivationnelle

Pour mieux comprendre l'EM, attardons-nous d'abord à ses concepts théoriques de base. Elle puise à même des concepts et des théories déjà existants notamment la notion d'ambivalence, les stades de changement de Prochaska et DiClemente (1982), la "*Protection motivation theory*" de Ronald W. Rogers (1975), la balance décisionnelle de Janis et Mann (1977) et la théorie de la Réactance psychologique (Bem, 1967).

L'ambivalence

L'EM considère que les personnes aidées nous arrivent souvent dans un état d'*ambivalence* et que cet état est tout à fait normal (Miller & Rollnick, 1991; Bell & Rollnick, 1996). Cet état d'ambivalence est souvent étiqueté à tort comme étant de la négation ou de la mauvaise volonté. L'ambivalence est un phénomène fréquent et normal qui nous empêche de faire des choix difficiles et ce de façon impulsive. Les personnes aidées peuvent nous sembler "*embourbées*" dans un conflit approche-évitement qui a le potentiel d'être particulièrement difficile à résoudre. Elles sont immobilisées par leur ambivalence. Le rôle du thérapeute est donc d'aider l'individu à explorer cette ambivalence en lui permettant de l'exprimer librement (et souvent pour la première fois) et d'explorer la complexité de celle-ci grâce à une écoute empathique, des reflets et des recadrages bien ciblés. Le thérapeute tente de l'amener à prendre une décision face à sa situation, à se "*désembourber*" et à le faire progresser vers la prochaine étape à l'intérieur de la roue de changement.

Les stades du changement

L'EM travaille à l'intérieur du modèle transthéorique du changement proposé par les docteurs James Prochaska et Carlo DiClemente (1982). Ce modèle suggère que les personnes aux prises avec un comportement de dépendance passent à travers une série de stades (*Précontemplation, Contemplation, Décision, Action, Maintien, Rechute*). Il est à noter que les personnes ne traversent pas ces stades de façon uniforme. De plus, une même personne peut se retrouver simultanément à divers stades de changement selon la question à l'étude (par ex.: est prêt à modifier sa consommation de cocaïne mais non sa consommation de marijuana). Une personne peut être prête à modifier sa consommation de cocaïne et incapable d'entrevoir toute modification de sa consommation d'alcool. Ces stades ayant été amplement décrits ailleurs (Prochaska & DiClemente, 1982), il nous suffit pour l'instant de les expliquer brièvement.

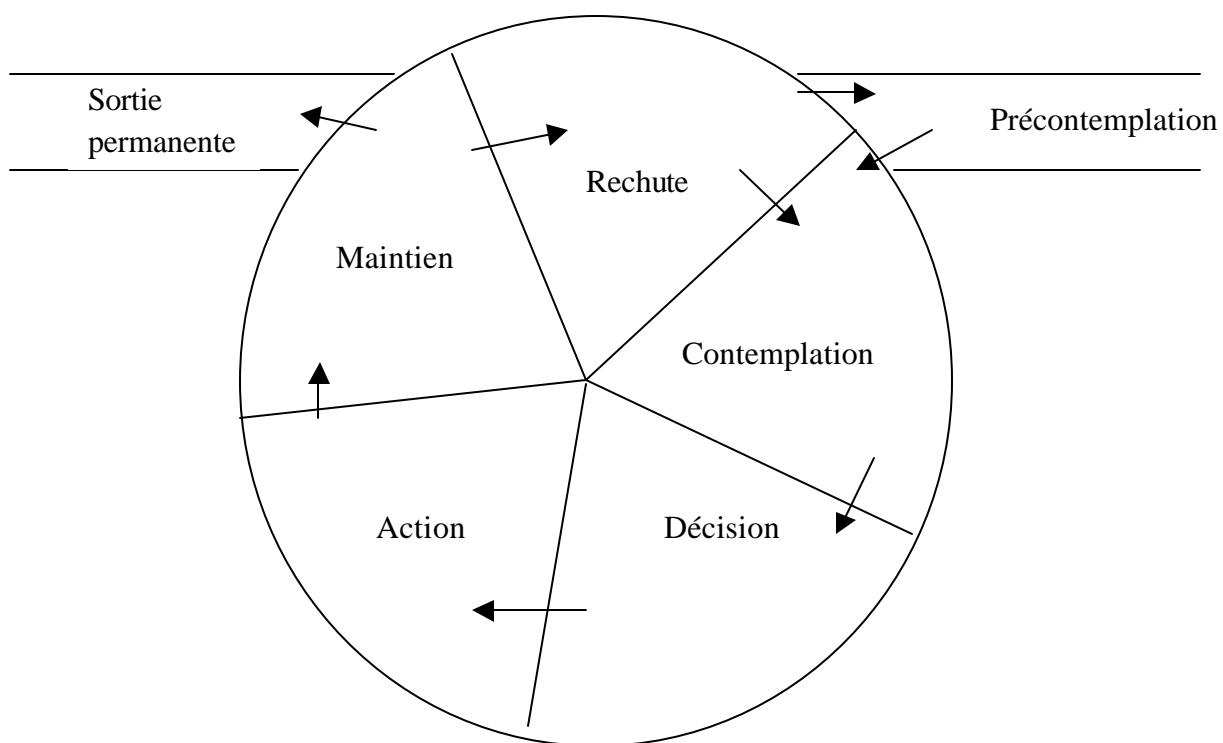
Une personne au stade de la *Précontemplation* ne considère pas avoir un problème de consommation. Elle franchit la porte de votre bureau car elle y est bien souvent amenée par des forces externes (juridiques, familiales, professionnelles, etc...). Lorsque l'on aborde ses problèmes de consommation, elle est plus surprise que choquée. D'autres peuvent avoir constaté certains problèmes de consommation mais eux, non.

Le deuxième stade de changement, la *Contemplation*, est caractérisé par l'état d'ambivalence que nous avons décrit plus tôt. Le "contemplateur" oscille entre la verbalisation de ses inquiétudes et les raisons pour ne pas s'inquiéter. C'est cet état d'ambivalence qui est souvent interprété comme une manifestation de trait de personnalité pathologique (Miller & Rollnick, 1991).

Le stade de *Décision* est un point théorique. La personne prend effectivement la décision de modifier son comportement problématique. Cette prise de décision peut être temporaire et le client peut vite revenir au stade de la *Contemplation*. Le stade de l'*Action* constitue les premiers temps du changement effectif du comportement. Le stade de *Maintien* consiste en cette période suivant les premiers temps de l'arrêt d'un comportement où la personne tente de résister, pendant plusieurs mois, aux diverses tentations de retour au comportement problématique. Les fumeurs

de cigarettes vous diront qu'ils ont souvent cessé de fumer pendant quelques temps et ont atteint un point où ils étaient incapables de maintenir l'arrêt de consommation.

Figure 1. Les stades de changement du modèle transthéorique



Les six stades de changement de Prochaska et DiClemente, adaptation de Miller et Rollnick, 1991

Le prochain stade (*Rechute*) explique justement comment les personnes peuvent revenir à leurs anciens comportements. Selon ce modèle, il est tout à fait normal qu'une personne rechute et il est fréquent qu'un individu doive s'y prendre par cinq ou six fois avant de sortir de façon permanente de la roue de changement. Ceci ne constitue pas un manque de volonté ou une manifestation pathologique en soi. S'il rechute, il revient soit à l'étape de la Précontemplation ou de la Contemplation. Une représentation graphique de la roue de changement est présentée à la Figure 1.

Tableau 1. Les tâches thérapeutiques et les stades de changement

<i>Étapes de changement</i>	<i>Tâches de l'intervenant</i>
<i>Précontemplation</i>	-Conscientiser les clients des risques encourus et des problèmes que lui occasionne son comportement -Semer le doute
<i>Contemplation</i>	-Discuter des avantages et des désavantages d'un changement ainsi que des avantages et des désavantages du statu quo
<i>Décision</i>	-Aider le client à déterminer les pas, les actions qu'il veut prendre
<i>Action</i>	Aider le client à effectuer ces premiers pas
<i>Maintien</i>	Aider le client à identifier et mettre en pratique des stratégies de prévention de la rechute.
<i>Rechute</i>	-Aider le client à entamer de nouveau les étapes précédentes tout en l'encourageant à se remémorer ses succès passés

(Institut des télématiques, 1993)

Le modèle des stades de changement explique aussi comment les thérapeutes doivent utiliser des stratégies adaptées au stade de changement où se situe la personne aidée. Lorsqu'un thérapeute utilise des stratégies appropriées pour le stade de l'*Action* alors que le client se situe encore au stade de la *Précontemplation*, le phénomène de la résistance du client se manifeste car le thérapeute " va trop vite ". Loin d'être un phénomène pathologique, la résistance peut alors être perçue comme un baromètre de la sensibilité de l'intervention du thérapeute. Si un client résiste, le thérapeute utilise peut-être une stratégie inappropriée au stade de changement où se trouve le client. Nous avons inclus les diverses tâches du thérapeute pour les différents stades de changement au tableau 1.

La théorie de la motivation à l'autoprotection

Pour sa part, la "*Protection Motivation Theory*" de Ronald W. Rogers (1975) explique comment un événement peut motiver un changement. Les trois composantes suivantes nous aident à comprendre de quelle façon une menace à notre santé physique peut ou peut ne pas nous motiver à modifier nos comportements: (1) notre perception de l'ampleur de la nocivité de l'événement

en question (2) la probabilité que cet événement se produise et (3) l'efficacité du comportement de protection.

En d'autres mots si la personne aidée (1) a l'impression que les problèmes liés à ses comportements de dépendance sont nuisibles à son bien-être, (2) évalue qu'elle court de fortes chances que ces problèmes perdurent et (3) a le sentiment qu'elle peut modifier cette situation, les probabilités qu'elle modifie ses habitudes de consommation sont meilleures que son voisin qui croit que (1) les problèmes liés à sa consommation "ne sont pas si pires que ça" ou (2) "cela n'arrive qu'aux autres" ou encore (3) qu'il souffre d'une maladie progressive et incurable.

La balance décisionnelle

Janis et Mann (1977) ont été les premiers à décrire un modèle de prise de décision en utilisant l'image d'une balance. D'un côté de la balance pèsent les éléments favorisant le statu quo et de l'autre les éléments favorisant le changement. De chaque côté de la balance, chaque élément de l'alternative possède des avantages et des inconvénients. Il existe en effet des avantages et un prix à payer à maintenir ou modifier un comportement. La tentation est grande de n'explorer que les gains du changement et les pertes du maintien du comportement problématique. Certains prétendent, à tort, que le simple fait de parler des avantages à maintenir la consommation perpétuera un comportement jugé problématique.

À première vue, il peut y avoir une part de vérité dans cette dernière affirmation mais ce refus d'aller explorer la totalité de la problématique amène un autre type de problème. Le client, comme nous tous lors d'une discussion animée sur un sujet d'intérêt, et ce de façon tout à fait naturelle et non pathologique, a tendance à vouloir montrer "*l'autre côté de la médaille*". Ce phénomène est souvent perçu comme de la résistance ou un manque de motivation à parler du changement de comportement.

La "*balance décisionnelle*" est un outil intéressant et utile pour donner aux personnes aidées (et évidemment aux thérapeutes) une image complète de la situation. Ceci doit se faire de façon naturelle, idéalement sans crayon ni papier afin de maintenir le débit de l'échange. Le

conseiller voit à refléter et résumer ce que dit le client tout en lui posant des questions favorisant l'exploration. Il est préférable de laisser le client explorer son ambivalence plutôt que de faire ce travail à sa place.

La théorie de la réactance psychologique

La théorie de la réactance de Brehm (1981) explique comment une personne dont la liberté personnelle est réduite ou menacée aspire à retrouver une certaine marge de manoeuvre. Paradoxalement, lorsque la liberté d'agir et l'autonomie sont menacées, la désirabilité du comportement indésirable augmente pour le client. C'est ce que l'on observe lorsque des stratégies d'intervention confrontante sont utilisées: un effet à court terme sur le comportement de dépendance mais peu persistant à long terme (Miller, Benefield & Tonigan, 1993).

La théorie de la protection du soi de Bem

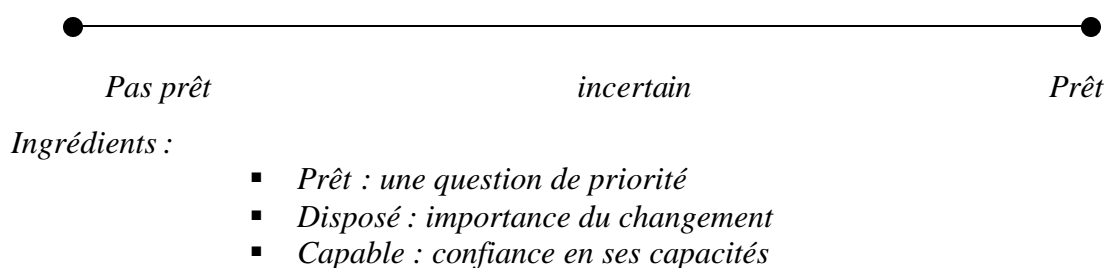
Bem (1967) a émis l'hypothèse qu'une personne en vient à croire ce qu'il se dit, même si cela ne correspond pas au départ à ses valeurs fondamentales, simplement en s'écoutant le dire. Selon lui, en s'écoutant parler, l'individu apprend ce en quoi il croit. Or, si l'aidant prend le parti du changement de comportement et dénigre le statu quo, l'aidé, de façon naturelle (selon le modèle de la balance décisionnelle), en vient à exprimer l'autre côté de la médaille. Il risque, si la personne aidante persiste, confronte et insiste, de se convaincre d'une position qu'il ne défendait pas au début de l'intervention.

Disposé au changement

Une autre façon de comprendre le changement est de voir la "disposition" au changement (Readiness to change) comme étant composée de trois éléments. C'est Rollnick (Rollnick, Mason & Butler, 1999) qui a introduit ce concept au sein de l'approche motivationnelle. En anglais, on parle de trois ingrédients: *Ready, Willing and Able*. Ingrédients que nous traduirons par *PRÊT (une question de priorité), DISPOSÉ (l'importance du changement) et CAPABLE (confiance en ses capacités)* (voir Figure 2.).

Il se peut fort bien que deux individus ne modifient pas un comportement mais pour des raisons fort différentes. Même si les raisons diffèrent, le résultat final, lui, est le même: le statu quo. En effet, un individu peut bien être *prêt* à modifier un comportement en plus d'y être *disposé* mais ne pas s'en sentir *capable* ("Je veux bien arrêter de boire mais j'en suis tout simplement incapable"). De même, son voisin pourrait bien être capable mais non disposé ou prêt à le faire ("Je sais que je peux arrêter de fumer quand je le voudrai, mais, je ne veux pas").

Figure 2 : La disposition au changement



(Adaptation de Rollnick, Mason & Butler, 1999)

Cette trilogie est fréquente et normale. Elle est souvent vue comme un signe de pathologie liée à une personnalité addictive mais fait elle aussi partie d'un processus de changement.

Principes directeurs de l'EM

Une autre façon de conceptualiser l'essence de l'EM est d'en rappeler les principes directeurs à la base du travail thérapeutique auprès de nos clients. Rollnick et Miller (1995) identifient sept principes que nous vous présentons au Tableau 2. Plus récemment, ils ont présenté l'EM comme une « évolution » des travaux de Carl Rogers. Selon Rogers, les ingrédients essentiels au changement étaient l'*empathie*, le *regard positif inconditionnel* et la *congruence*.

L'essence de l'entrevue motivationnelle repose, selon Miller et Rollnick, sur la collaboration aidant-aidé, la croyance en l'autonomie du client et la capacité d'évoquer chez ce dernier la motivation au changement ou encore, le «discours-changement».

Tableau 2. *Les sept principes directeurs de l'Entrevue motivationnelle*

- 1) La motivation au changement doit émaner du client et non être imposée de l'extérieur.
- 2) Il revient à la personne aidée, et non à l'aidant, de nommer et de résoudre son ambivalence.
- 3) La persuasion directe n'est pas une méthode efficace pour résoudre l'ambivalence.
- 4) Le style de counselling de l'EM est généralement doux et invite à l'exploration.
- 5) Le thérapeute est directif dans l'exploration et la résolution de l'ambivalence.
- 6) La motivation au changement n'est pas un trait de caractère du client mais un état qui vacille selon la qualité d'une interaction personnelle.
- 7) La relation thérapeutique est plus un partenariat qu'une relation expert/ client.

(Rollnick & Miller, 1995-Traduit par Rossignol)

4. Manifestations cliniques

Les cliniciens mis en contact avec l'EM pour la première fois se demandent souvent en quoi elle diffère des autres approches. Afin de faciliter la compréhension de ces différences, comparons l'EM avec trois autres modèles d'intervention clinique fréquemment utilisés en toxicomanie: l'approche traditionnelle, l'approche cognitivo-comportementale et l'approche rogérianne. Ces différences ont d'abord été relevées par Miller et Rollnick (1991).

Approche traditionnelle

Selon l'approche traditionnelle, il est primordial que la personne aidée accepte qu'elle a un *problème* ou accepte le " diagnostic " pour que débute le processus de changement (Miller & Rollnick, 1991; Miller & Kurtz, 1994). L'aidée possède une personnalité alcoolique ou addictive (Naakken, 1988; Miller & Rollnick, 1991; Miller & Kurtz, 1994) qui réduit ses capacités de faire des choix éclairés. Au niveau clinique, la personne aidante présente sa vision et sa perception du problème et tente de convaincre le client de la justesse de celles-ci. La résistance est perçue comme pathologique et doit être confrontée. Le but du traitement est prescrit par la personne aidante; la personne aidée étant en négation, elle est incapable de prendre des décisions éclairées.

L'Entrevue motivationnelle tente de minimiser l'importance de l'acceptation d'une étiquette (Miller & Rollnick, 1991). La liberté et la capacité de la personne aidée de faire des choix éclairés sont reconnues et soutenues. La personne aidante fait une évaluation objective de la situation et présente ses résultats au client en tentant de faire ressortir les inquiétudes et les préoccupations de ce dernier (Miller, Sovereign & Krege, 1988; Miller & Rollnick, 1991). La résistance est surmontée en utilisant le reflet. Les buts du traitement sont négociés entre le thérapeute et le client et l'implication du client dans le choix et la mise en oeuvre du plan de traitement est jugée comme étant un élément essentiel au processus thérapeutique. Ces différences sont illustrées au Tableau 3.

Approche cognitivo-comportementale

L'approche cognitivo-comportementale prend pour acquis que le client est motivé et qu'il n'est donc pas nécessaire d'utiliser des stratégies pour augmenter la motivation (Miller & Rollnick, 1991). Ce modèle cherche d'abord et avant tout à modifier des comportements et des cognitions dits "*maladaptés*" ou "*erronés*" en prescrivant des stratégies d'adaptation spécifiques telles la résolution de problèmes et l'apprentissage de stratégies de refus ou d'évitement en situations à hauts risques. (Marlatt & Gordon, 1985; Monti, Abrams, Kadden & Cooney, 1989; Kadden, Carroll, Donovan, Cooney, Monti, Abrams, Litt & Hester, 1995).

Tableau 3. *Tableau comparatif entre l'entrevue motivationnelle et le modèle traditionnel*

<i>Approche traditionnelle</i>	<i>L'entrevue motivationnelle</i>
L'emphase est mise sur l'acceptation par le client qu'il a un " <i>problème</i> "; l'acceptation du diagnostic, de l'étiquette " <i>alcoolique</i> " ou " <i>toxicomane</i> " est vue comme essentielle à l'amorce d'un changement.	L'emphase mise sur l'acceptation d'une étiquette est découragée. Cette acceptation est perçue comme n'étant pas une condition nécessaire à l'amorce d'un changement.
Emphase sur l'existence d'une personnalité pathologique réduisant les possibilités du client de faire un choix éclairé et réduisant la possibilité de toute forme de contrôle personnel.	L'emphase est mise sur le libre arbitre de l'aidé.
Le thérapeute présente, selon sa perception, les évidences d'un problème afin de convaincre le client d'accepter le diagnostic.	L'aidant fait une évaluation objective et met l'accent sur l'expression par le client de ses préoccupations et inquiétudes.
La résistance est perçue comme un symptôme de " <i>négation</i> ", un trait de caractère inhérent, nécessitant une approche confrontante.	La résistance est vue comme un pattern de comportement de relations interpersonnelles influencé en partie par les comportements du thérapeute.
La résistance est surmontée par l'argumentation et une remise à l'ordre.	La résistance est surmontée en utilisant le reflet.
Les buts du traitement sont prescrits par le thérapeute, le client est vu comme étant en négation et donc incapable de prendre de bonnes décisions.	Les buts et les stratégies de traitement sont négociés entre le client et le thérapeute. Les résultats de l'évaluation, l'acceptabilité et l'implication du client dans le choix et la mise en œuvre du plan de traitement sont jugés comme des éléments cruciaux.

(Miller & Rollnick, 1991)

L'EM, pour sa part, utilise des stratégies spécifiques afin de bâtir la motivation au changement. La personne aidante et la personne aidée explorent les comportements et les cognitions de celle-ci sans les juger ou les étiqueter et voit à ce qu'elle puise à même ses propres stratégies d'adaptation (Miller & Rollnick, 1991). Ces différences sont illustrées au Tableau 4.

Approche non-directive ou rogérienne

L'approche rogérienne laisse au client une grande marge de manœuvre quant au contenu et à la direction des sessions de counselling. La personne aidante évite systématiquement de donner des conseils à la personne aidée. Le reflet est utilisé de façon non contingentée. On explore les difficultés et les problèmes comme ils se présentent en session de thérapie '*ici et maintenant*' (Miller & Rollnick, 1991).

Tableau 4. *Tableau comparatif entre l'entrevue motivationnelle et l'approche cognitivo-comportementale*

<i>Approche cognitivo-comportementale</i>	<i>L'entrevue motivationnelle</i>
Prend pour acquis que le client est motivé ; aucune stratégie implicite n'est utilisée pour bâtir la motivation.	Utilise des principes et des stratégies précis afin de bâtir la motivation du client à l'amorce d'un changement.
Cherche à identifier et à modifier les cognitions maladaptées.	Explore et reflète les perceptions du client sans les étiqueter ou les "corriger".
Prescrit des stratégies d'adaptation spécifiques.	Aide le client à faire ressortir ses propres stratégies d'adaptation.
Enseigne les comportements d'adaptation en utilisant l'entraînement, le " <i>modeling</i> ", les mises en situation et la rétroaction.	La responsabilité du " <i>comment</i> " est laissée au client; aucun entraînement, " <i>modeling</i> " ou mise en situation.
Enseigne des stratégies de résolution de problèmes.	Les processus de résolution de problèmes propres au client sont mis en valeur.

(Miller & Rollnick, 1991)

Selon Miller et Rollnick (1991), l'EM dirige systématiquement le client afin d'augmenter sa motivation intrinsèque à modifier ses comportements de dépendance. La personne aidante offre des conseils et du feedback lorsque ceux-ci sont jugés appropriés. Le reflet est utilisé pour faire ressortir les énoncés motivationnels. Le but de l'EM est de créer et d'amplifier les divergences entre les buts du client et sa situation présente afin d'augmenter sa motivation au changement (Miller & Rollnick, 1991). Ces différences sont résumées au Tableau 5.

Tableau 5. *Tableau comparatif entre l'entrevue motivationnelle et l'approche non-directive.*

<i>Approche non-directive ou rogéienne</i>	<i>L'entrevue motivationnelle</i>
Permet au client de déterminer le contenu et la direction des sessions de counselling.	Dirige systématiquement le client afin d'augmenter sa motivation au changement.
Évite que le conseiller donne des conseils ou du feedback au client.	Le conseiller offre des conseils et du feedback lorsque jugés appropriés.
Le reflet est utilisé de façon non contingentée.	Le reflet est utilisé de façon sélective afin de renforcer certains points .
Explore les conflits et les émotions du client comme ils se présentent en thérapie.	Vise à créer et amplifier les divergences du client afin d'augmenter la motivation au changement.

(Miller & Rollnick, 1991)

5. Quatre stratégies générales d'intervention

Miller et Rollnick (1991) ont identifié quatre stratégies générales d'intervention. Ces quatre stratégies de base constituent les balises qui nous aident à mieux comprendre l'EM comme un *style* d'intervention plutôt qu'un amalgame de techniques.

Faire preuve d'empathie

Nous avons expliqué plus tôt combien l'empathie est une qualité primordiale pour les aidants travaillant avec l'EM. Une présence empathique prédispose le client à l'ouverture et au dévoilement de soi, de ses craintes, de ses aspirations et de ses valeurs profondes (Miller & Rollnick, 1991) qui constituent, en fait, la matière première avec laquelle l'aidant et l'aidé travaillent. Dans leur livre, Miller & Rollnick (1991) parlent aussi des "*obstacles*" à l'écoute empathique. Afin de mieux comprendre, l'Annexe 1 présente la liste des "*obstacles*" à la communication développée par Thomas Gordon (1981).

Développer les divergences

En utilisant une évaluation objective (Miller, Sovereign & Krege, 1988), il est possible d'augmenter de façon sensible l'inconfort du client face à sa situation afin qu'il progresse plus rapidement au sein des stades de changement. Les divergences perçues et exprimées par la personne aidée entre sa situation actuelle et la situation désirée (p.ex: ses problèmes d'alcool vs son désir profond d'être un 'bon père de famille') donnent parfois place à une anxiété bénéfique au changement. Il s'agit alors de bien doser l'inconfort afin d'éviter que le client doute de la possibilité de modifier la situation.

Éviter les argumentations

De façon générale, la personne aidante évite de se retrouver dans un débat avec la personne aidée. Certaines techniques de counselling peuvent, par inadvertance, positionner l'aidé aux antipodes du changement. L'acceptation d'une étiquette d'alcoolique, par exemple, n'est pas nécessairement une condition essentielle au changement (Miller & Rollnick, 1991). Comme nous le verrons plus tard, la résistance est un signe, un avertissement que la personne aidante utilise une stratégie de counselling qui ne correspond pas au stade de changement où se

situe la personne aidée. Elle est un signe que la relation thérapeute/client est en *dissonance* (voir le chapitre sur la résistance). Si l'aidé n'a pas fait ses "*devoirs*", par exemple, il se peut fort bien que l'aidant ait pris pour acquis que la personne aidée était déjà au stade de l'*Action* alors qu'elle était encore au stade de la *Contemplation*. Si une personne aidante n'est pas en accord avec le point de vue de la personne aidée, cette dernière n'est pas nécessairement en *négation*. L'aidé est un allié et non un adversaire. Si le client résiste fortement à vos suggestions ou à vos interprétations, ne forcez pas la note, les opinions, incluant la vôtre, peuvent se modifier en cours de route.

Nourrir le sentiment d'efficacité personnelle

Le concept d'efficacité personnelle a été proposé par Bandura (1995). Il a consacré une partie de sa carrière à définir le concept du sentiment d'efficacité personnelle. Nous avons déjà discuté de ce sujet lors de notre description des ingrédients essentiels des interventions brèves efficaces (voir FLAMES). Rappelons simplement qu'il est tout à fait correct d'encourager la personne aidée, de la féliciter, et ce, tout au long de sa démarche. Le simple fait d'être venu pour une évaluation représente pour certains clients, surtout ceux en Précontemplation, un pas gigantesque. L'idée est de renforcer ce sentiment d'efficacité personnelle qui permet aux personnes aidées de croire que la démarche, les actions qu'elles entreprennent auront un impact.

6. Phase 1 : Bâtir la motivation

Les pièges

Avant de parler des stratégies fréquemment utilisées dans l'entrevue motivationnelle, attardons nous à quelques pièges auxquels les personnes aidantes sont souvent confrontées dans leurs interactions avec leurs clients.

Focalisation prématurée

Ce piège réfère à notre empressement à trouver un problème, cerner une dynamique, et ce rapidement, afin d'y amener les correctifs nécessairement dans les plus brefs délais.

Concrètement, dans le domaine de la toxicomanie ceci peut se traduire par un empressement de cerner rapidement la totalité de la dynamique de la personne autour de sa consommation et ainsi ignorer potentiellement une série de préoccupations qui, pour la personne aidée, sont peut-être plus pressantes et urgentes. Le premier sujet abordé lors d'une rencontre n'est pas nécessairement le plus important. Il est donc recommandé, en début de processus, de ratisser large. Les questions ouvertes et les stratégies d'ouvertures sont, à ce niveau, les plus aidantes.

Piège de l'étiquetage

Il n'est pas rare, particulièrement en toxicomanie, de vouloir faire accepter une étiquette ou un diagnostic à une personne aidée ("Il faut que tu reconnaises que tu es un alcoolique". "Vous avez un problème de joueur compulsif"). En fait, il n'existe aucune donnée scientifique démontrant l'importance de l'acceptation d'une étiquette dans le succès ou l'échec d'une démarche de changement (Miller & Rollnick, 1991). En fait, l'empressement à vouloir faire accepter une étiquette à une personne aidée peut avoir l'effet tout à fait contraire. Il n'est donc pas nécessaire de mettre l'accent sur l'acceptation d'une étiquette. Inversement, il n'est pas interdit qu'une personne se donne une étiquette. Plusieurs personnes trouvent utile de se dire " alcoolique " pour faciliter leur rétablissement. Ce que Miller et Rollnick soutiennent, c'est qu'il est inutile d'en faire un débat stérile (Miller & Rollnick, 1991).

Piège de la non-neutralité

Amalgame de deux anciens pièges connus sous le nom de « *piège de la confrontation de la négation* » et de « *piège du blâme* », le piège de la non-neutralité exprime ce que ces deux pièges tentaient d'illustrer. En campant sa position sur un côté de l'ambivalence, l'aidant cherche à faire *admettre* à l'aidé que la position de ce dernier est intenable et ce, en utilisant parfois des approches confrontantes. L'affrontement direct face à une réaction du client perçue par le thérapeute comme étant de la négation donne, de façon systématique, de piètres résultats thérapeutiques. En fait, certains trouvent que l'entrevue motivationnelle est une approche des plus confrontantes. Ce qui la différencie des autres approches plus "dures" est la façon de confronter. La confrontation est en fait la finalité de l'exercice. Plusieurs confondent confrontation et affrontement direct. C'est cet affrontement direct que l'entrevue motivationnelle décourage fortement.

Secondo, une variante à ce que nous avons illustré ci-haut est le danger réel auquel sont confrontés plusieurs intervenants : le piège du blâme. Les personnes aidées et parfois leur conjoint cherchent un responsable, un coupable. Ce piège centre les clients sur la recherche de boucs émissaires et les décentre de la recherche de solutions. De plus, il risque de placer l'aidant dans une situation où il "prendra position" pour ou contre la personne qui est devant lui, ce qui, inutile de le mentionner, mine profondément la qualité de la relation thérapeutique.

Piège de l'expert

Le piège de l'expert ressemble sensiblement au piège de l'étiquetage. En effet, les personnes aidées s'attendent à recevoir une forme de prescription au changement. Ils s'attendent à être pris en charge par un "expert". En fait, les personnes aidées sont expertes de leur propre personne. Les intervenants favorisant l'entrevue motivationnelle sont les experts sur ce qui a été utile pour d'autres. Ensemble, l'aidant et l'aidé forment un partenariat.

Piège des questions réponses

Ce piège prend souvent la forme d'un interrogatoire au cours duquel l'aidant pose une série de questions fermées et l'aidé répond par une série de réponses courtes et brèves. La

prémisse sous-jacente est que si nous posons assez de questions, nous pourrions prescrire la bonne solution. Il est plutôt recommandé de poser le moins de questions possible et d'utiliser l'écoute active et le reflet de façon systématique.

7. Phase 1: Stratégies motivationnelles à utiliser en début d'intervention

Faire ressortir le « discours-changement »

N'oubliez pas que le but premier d'une entrevue motivationnelle est de faire ressortir le *discours-changement* du client (Miller, 2000). Autrefois connu sous le nom d' "*énoncés motivationnels*", Miller et Rollnick expliquent le tout sous un angle légèrement différent. Les travaux de Paul Amrhein (Miller, 2000) nous ont dévoilé que l'important n'est pas nécessairement le nombre d'énoncés axés vers le changement présents à l'intérieur d'une seule et même session, mais plutôt l'observation d'une tangente perceptible à la hausse, une augmentation de ceux-ci à l'intérieur d'une telle session ou intervention. En d'autres mots, il importe de noter une évolution qualitative et quantitative à la hausse de ces « discours-changements ». Si le contraire se produit (et voilà ce que l'on appelle *résistance*), les probabilités que le client amorce un changement diminuent.

En ce sens, évitez toute stratégie qui camperait le client dans le statu quo ou encore créerait de la résistance. L'idée est de permettre au client de nommer lui-même les raisons de la nécessité d'un changement de comportement et non pas de les lui imposer. Rappelez-vous du "réflexe correcteur".

Souvenez-vous aussi des travaux de Bem (1967). Il y a du vrai dans la croyance que nous pouvons nous "*convaincre*" d'effectuer une modification de comportement. Bem suggère que les gens apprennent parfois ce en quoi ils croient en s'écoutant parler. C'est-à-dire que les paroles qui sortent de la bouche même d'un individu sont plus convaincantes, plus fortes que les paroles venant d'une autre personne. "*Si je le dis, et que personne ne me force à le dire, je dois bien y croire !*"

Si cela est vrai, la stratégie la moins efficace est donc celle qui place le client sur la défensive. La confrontation directe est rarement une bonne stratégie de vente ("*Vos enfants sont privés de matériel éducatif et vous êtes des parents irresponsables si vous n'achetez pas cette encyclopédie*"-Miller, 1995). Cette stratégie est vouée à l'échec parce que non seulement elle provoque de l'agressivité mais aussi une verbalisation des motivations négatives. Une affirmation

agressive style: "*Vous êtes un alcoolique (ou drogué, etc...) et vous devez arrêter complètement de boire*" engendre une réponse comme: "*Non, je ne le suis pas et non je ne le ferai pas*". Malheureusement, les conseillers en toxicomanie sont quelquefois formés à comprendre cette réponse comme étant de la négation et rétorquent de façon encore plus confrontante. Ceci provoque à son tour, une résistance plus forte des clients.

Les thérapeutes en EM cherchent à faire ressortir certains types de motivations dites « intrinsèques » (Miller, 2000). Elles se manifestent par des énoncés qui :

- identifient les désavantages du statu quo;
- nomment les avantages liés au changement;
- expriment un optimisme face au changement;
- expriment une intention de changement.

Comme nous l'avons mentionné ci-haut, il existe des variations subtiles dans la *qualité* du *discours-changement* et qui traduisent le niveau d'engagement du client face à la modification d'un comportement. Les trois exemples ci-bas expriment bien le niveau d'engagement face au changement.

- J'vais y penser! (faible)
- J'vais essayer! (incertain)
- Je vous le promets! (fort)

Si le client, à l'intérieur d'une même session, progresse de la réflexion à l'engagement, vous êtes sur la bonne voie. Si le client progresse en sens contraire, changez de stratégies.

Comment faire ressortir le discours-changement

Il existe plusieurs façons de faire ressortir le discours-changement chez une personne. Nous vous en présentons six.

- poser des questions portant sur la motivation des clients;
ex: Qu'est-ce qui vous inciterait à changer?
- utiliser l'outil de la règle;
(voir chapitre portant sur l'importance et la confiance)

- explorer la balance décisionnelle, les “pour et contre” du statu quo et du changement. Nous demandons ainsi au client de partager son dilemme, son ambivalence. Ainsi exprimé, nous avons accès à celui –ci et pouvons utiliser le reflet sélectif pour faire ressortir le discours-changement du client;
- demander au client d’élaborer sur sa situation et son questionnement;
- demander au client ce qui pourrait arriver de *pire* s’il poursuivait son comportement;
- demander au client de regarder dans le passé (pour voir les progressions, les modifications de comportement, etc...) ou de se projeter dans le futur (dans six mois, un, deux ou cinq ans);
- explorer avec le client ses valeurs fondamentales et ses objectifs de vie et l’amener à voir comment son comportement entre en conflit avec ceux-ci.

Les stratégies d’ouverture

L’entrevue motivationnelle se divise donc en deux grandes phases. La première vise à faire ressortir un portrait global de la situation tout en tentant de faire progresser le client vers une prise de décision, afin de résoudre une situation difficile. La deuxième phase vise à consolider la décision de changement et à amorcer les actions pour y donner suite. Nous vous présenterons ci-dessous une série de stratégies pratiques que vous pourrez utiliser lors de vos interventions. Débutons par la première phase. Les stratégies d’ouverture peuvent se résumer sous l’acronyme "OARS" soit l’utilisation de *questions ouvertes* (**O**pen questions); le *soutien* de la personne aidée (**A**ffirming); *l’utilisation fréquente de reflets* (**R**eflect) et de *résumés* (**S**ummarizing).

Ouverture

Comme le soulignent Miller et Rollnick (1991), " *les clients viennent en counselling avec une multitude d’attentes. Ils peuvent s’attendre à être critiqués, guéris, conseillés, questionnés, écoutés, blâmés, éduqués, médicamentés ou consolés. Ils nous arrivent avec une variété d’attentes, de craintes, d’espoirs et de préoccupations* ". Il est utile de donner au client une brève introduction dès la première session d’EM afin de lui présenter votre façon de fonctionner. Une bonne ouverture devrait comprendre les éléments suivants: (Miller & Rollnick, 1991)

- le temps disponible;
- une explication de votre rôle et de vos buts;
- une description du rôle du client;
- un survol des détails qui devront être réglés;
- une question ouverte.

Voici un exemple :

Nous avons environ une heure à notre disposition et dans le temps dont nous disposons, j'aimerais bien vous présenter les résultats des tests que vous avez complétés. Je tiens d'ailleurs à vous remercier de l'effort que vous y avez mis. Nous ferons bon usage de cette information. Mais tout d'abord j'aimerais vous expliquer un peu comment je travaille.

Je dois vous dire d'abord que je ne tenterai pas de vous changer. J'espère vous aider à réfléchir sur votre situation afin de voir les changements que vous aimeriez effectuer. Mais s'il y a des changements à faire, c'est à vous qu'il revient d'en décider. Personne ne peut vous dire quoi faire, personne ne peut vous changer. Je vais vous donner beaucoup d'informations sur vous-même, et peut-être quelques conseils, mais c'est à vous de décider ce que vous voulez en faire. Je ne pourrais pas vous changer même si je le désirais. La seule personne qui peut décider si elle doit changer et comment, c'est vous. Ça vous va?

Miller, 1995-Traduction Rossignol

ou encore, si vous n'avez pas fait d'évaluation préalable:

Nous avons environ une heure à notre disposition et pendant cette heure, j'aimerais commencer à comprendre ce qui vous amène ici. Dans un premier temps, je vais probablement plus vous écouter qu'autre chose pour que je puisse avoir une bonne idée de vos préoccupations. Vous avez probablement aussi des attentes face à ce que nous allons faire ici et j'aimerais bien les connaître. Vers la fin de cette heure, j'aurai à vous poser quelques questions administratives mais commençons par vous. J'aimerais vous dire que tout ce qui se dit dans mon bureau reste ici à moins que...

J'ai cru comprendre que vous avez des préoccupations face à votre consommation de tranquillisants...

En général, la meilleure façon d'ouvrir une session pour faire ressortir les préoccupations du client est de les lui demander. Par exemple :

Dis-moi ce qui te préoccupe au niveau de ta consommation.

Parle-moi de ce que ta consommation te coûte.

Dis-moi pourquoi tu penses devoir faire un changement.

Miller 1995, adapté par Rossignol

Poser des questions ouvertes

Une excellente façon de démarrer une relation thérapeutique est de permettre au client d'exposer sa situation en posant des questions favorisant l'*exploration*. Les questions ouvertes permettent de faire ressortir les préoccupations du client. L'utilisation de questions fermées favorise plutôt le besoin d'information de la personne aidante que le besoin de la personne aidée d'être écoutée et comprise. La personne aidée vous donnera tout ce dont vous avez besoin. Par

les reflets et les paraphrases que vous émettez, elle aura la chance de corriger toutes les fausses perceptions ou les évaluations erronées que vous pourriez vous faire de la situation. Voici maintenant des exemples de questions ouvertes favorisant l'exploration et l'énoncé des motivations intrinsèques du client:

Je présume, du fait que vous êtes ici aujourd'hui que vous avez des inquiétudes ou des difficultés liées à votre consommation. Parlez-m'en donc un peu plus!

Parlez-moi un peu de votre consommation. Qu'est-ce que vous aimez le plus au sujet de votre consommation? Quels sont les côtés positifs de votre consommation? Et quel est l'autre côté de la médaille? Qu'est-ce qui vous inquiète, qu'est-ce qui pourrait être un problème?

Parlez-moi de ce que vous avez remarqué au sujet de votre consommation. Est-ce qu'elle a changé depuis le temps que vous avez commencé? Qu'est-ce que vous avez remarqué comme problème ou ce qui pourrait devenir un problème?

Que disent les autres personnes au sujet de votre consommation? Qu'est-ce qui semble les inquiéter? (Si un conjoint est présent, ceci peut lui être demandé directement).

Qu'est-ce qui vous fait penser qu'il faudrait que vous changiez votre consommation?

(Miller, 1995-Traduit par V. Rossignol)

Inversement, voici des questions dites « fermées » qui ont tendance à 'fermer' le client.

«Que voulez-vous faire face à votre consommation : Arrêter, réduire ou continuer comme avant?»

« Êtes-vous prêt à arrêter pour une semaine? »

« Avez-vous déjà pensé à la marche comme type d'exercice? »

Or donc, une fois que la balle est partie, en utilisant des questions ouvertes bien ciblées, vous n'avez qu'à refléter (voir plus loin) et à demander des questions comme "est-ce qu'il y a autre chose?" Si vous aboutissez à un cul-de-sac, vous pouvez tenter de faire un inventaire en vous fiant aux sujets suivants:

Quantité et tolérance: *Est-ce que la consommation augmente? A-t-il besoin d'une plus grande quantité pour obtenir le même effet ou tolère-t-il de plus fortes doses qu'auparavant?*

Comportement: *Sa consommation lui cause-t-elle des ennuis avec la loi? Néglige-t-il ses responsabilités... sa consommation lui cause-t-elle des inconvénients comme des déménagements fréquents, problèmes financiers, comportements embarrassants?*

Adaptation: *Le client utilise-t-il la substance pour s'adapter aux difficultés de la vie? Est-ce que ça marche?*

Dépendance : *À quel point le client est-il dépendant, accroché, addicté? Serait-ce difficile de se passer de drogue?*

Santé émotive : *Est-ce que le client se sent plus anxieux, coupable, troublé ou déprimé à cause de sa consommation? Comment influence-t-elle ses humeurs?*

Famille : *Quels effets a sa consommation sur la vie familiale?*

Estime de soi : *Sa consommation influence-t-elle son estime de soi? Comment? Se sent-il honteux, coupable, incontrôlable?*

Santé physique : *Est-ce que sa consommation a contribué à aggraver une maladie, causé des blessures, de la fatigue, de mauvaises habitudes alimentaires, etc.?*

Relations intimes : *Comment sa consommation influence-t-elle ses relations avec ses ami(e)s, son (sa) partenaire?*

Emploi (Travail ou école) : *Comment sa consommation affecte-t-elle son travail, sa performance scolaire?*

Personnes significatives : *Que pensent les personnes significatives de sa consommation?*

Relations amoureuses, sexualité : *Comment la drogue influence-t-elle sa vie intime, sexuelle, sexualité à risque?*

Habiletés mentales : *Comment sa consommation affecte-t-elle sa mémoire, sa concentration, sa capacité d'apprentissage?*

(Miller 1995 -Traduit par Rossignol, 1999)

L'information recueillie lors de l'évaluation " pré-rencontre " peut aussi nous suggérer des pistes d'exploration.

Le reflet, l'écoute active et les barrières à la communication

Présente dans une variété de styles thérapeutiques, l'écoute active est un ingrédient primordial de l'entrevue motivationnelle. Bien qu'enseigné de façon systématique depuis plusieurs décennies, il est surprenant de voir comment cet outil thérapeutique est difficile à maîtriser. Lors de mises en situation, d'écoute de cassettes audios ou vidéos de sessions de thérapie, on perçoit plus aisément les diverses barrières à la communication (voir Annexe 1), les situations de non-écoute et de résistance. Ces situations sont bien souvent suscitées par le

thérapeute lui-même. Nous avons cru bon d'inclure une liste des diverses barrières à la communication pouvant se manifester lors d'une relation thérapeutique. Bien que certaines de ces barrières puissent sembler anodines, elles ont toutes tendance à réduire le client à un rôle passif, à diminuer son discours-changement, bref, à saborder une intervention.

Un des outils privilégiés de l'intervenant en entrevue motivationnelle est le reflet. Le reflet permet aux personnes aidées et aidantes d'être sur la même longueur d'onde et d'explorer de manière plus poussée le sujet à l'étude. Sans être une question, le reflet peut se faire à plusieurs niveaux. Il existe, entre autres, les reflets de contenu et de sentiments. En EM, on utilise le reflet pour faire ressortir les motivations du client. Le reflet permet ainsi au client de se les entendre dire (rappelez-vous la théorie de Bem) et de vous entendre les redire. Le reflet est différent de la confrontation. Voici un exemple qui permet de mieux saisir la différence entre un reflet et une confrontation. Notez aussi la différence subtile de l'inflexion de la voix entre une question et un reflet. Un reflet est une affirmation et non une question. En un sens, le reflet sert à encapsuler, à résumer, à compléter ce que dit le client. Si l'on voulait illustrer le tout, il faudrait voir le reflet comme la dernière phrase d'un paragraphe.

CLIENT: C'est vrai que j'abuse de temps en temps mais je ne pense pas avoir un problème de consommation.
 CONFRONTATION: Oui tu en as un! Comment peux-tu être assis là et prétendre ne pas avoir de problème quand...
 QUESTION: Qu'est-ce qui te fait dire que tu n'as pas un problème de consommation?
 REFLET: Alors d'un côté tu sembles avoir quelques préoccupations et tu ne veux pas être étiqueté comme "ayant un problème".

(Miller, 1995-Traduit par V. Rossignol)

Ce genre de reflet est à utiliser durant toute L'EM. Il ne doit pas être votre seul et unique type de réponse mais il devrait être celui qui prédomine.

Enfin, il faut dire que le reflet peut aussi avoir ses ratés. Il se peut qu'en ne reflétant systématiquement qu'un côté de la médaille, le client évoque la contrepartie du dilemme. Il est alors important de *refléter l'ambivalence* en utilisant le reflet.

Tu ne penses pas que ta consommation te cause du tort présentement mais tu t'inquiètes de perdre le contrôle plus tard.

ou encore

Tu aimes vraiment consommer et tu n'aimerais pas ça être dans l'obligation de mettre ça de côté mais tu vois aussi que ta consommation cause de sérieux problèmes dans la famille et au bureau.

Rappelons qu'il existe aussi plusieurs niveaux, plusieurs formes de reflet:

- *la répétition*: la forme la plus simple. Il s'agit de répéter un élément de ce que vient de dire le client.
- *reformulation*: l'écouter reste près de ce que vient de dire le client mais il le modifie légèrement ou reformule en utilisant des synonymes.
- *la paraphrase*: modification plus substantielle par laquelle l'écouter infère le sens de ce qui vient d'être dit, le reflète dans des mots nouveaux, ajoute ou étend ce qui vient d'être dit.
- *le reflet de sentiment*: souvent vu comme la forme la plus poussée du reflet, cette paraphrase met l'accent sur la dimension émotive via les énoncés de sentiments, les métaphores, etc...

Enfin, il est aussi possible d'utiliser des variantes de reflets permettant soit de surévaluer ce que le client veut vraiment dire ou de sous-évaluer les propos de ce dernier. Vous trouverez ci-bas des exemples de variations dans les tons de reflets possibles.

Tableau 6. Gradations des émotions

	Bonheur	Colère	Tristesse	Peur
Fort	Délirant de joie	Enragé/outragé	Abattu	Pétrifié
	Transporté de joie	Outré, révolté	Désespéré	Terrifié
	Ravi, enchanté	Furieux	Déprimé	Paniqué
	Heureux	Courroucé	Avoir des idées noires	Alarmé
	Joyeux, Réjoui	En colère	Découragé	Effrayé
	Gai	Choqué	Avoir le cafard, les bleus	Apeuré
	Content	Contrarié	Aller mal	Nerveux/anxieux
	Satisfait	Embêté	Down	Inquiet
	Contenté	Agacé	Malheureux	Saisi
Faible	Ok, ça va!	Achalé	Un peu découragé	Mal à l'aise

(Miller, 2000)

Une sous-évaluation permet au client de préciser sa pensée. En contrepartie, une surévaluation aura tendance à faire reculer le client et parfois à provoquer un repli sur soi! Le Tableau 7 illustre une sous-évaluation et une surévaluation.

Tableau 7. Exemples de sous et surévaluation.

Une sous-évaluation	Une surévaluation
-Cliente : « Mon mari est toujours sur mon dos! » -Aidant : « Il vous agace! » (reflet) -Cliente : « Agace? Il m'enrage! »	-Cliente : « Mon mari est toujours sur mon dos! » -Aidant : « Il vous met en furie! » -Cliente : « Non, je n'irais pas jusqu'à dire cela, je dirais plutôt qu'il m'embête !»

Soutenir la personne aidée

Il est important de soutenir la personne aidée afin de renforcer son sentiment d'efficacité personnelle: soutenir, complimenter et encourager la personne dans sa démarche. Sans devenir des meneurs de claques, il nous est possible d'insuffler chez nos clients cet optimisme, cette croyance face à leur capacité de modifier une situation difficile. De tels énoncés sont importants pour plusieurs raisons : (1) ils renforcent votre relation de travail ; (2) ils rehaussent une attitude de responsabilisation et de sentiment de compétence ; (3) ils renforcent l'émergence d'énoncés motivationnels et enfin (4) ils renforcent l'estime de soi du client. Ce sont des énoncés tels que:

J'apprécie vraiment le fait que tu veuilles continuer la révision de cette évaluation, ça semble très difficile pour toi.

Je trouve ça pas mal super que tu puisses reconnaître les risques associés à ta consommation et que tu veuilles y voir avant que ça devienne un gros problème.

Vous avez vécu de durs moments ensemble et j'admire le genre d'amour et d'engagement qu'il vous a fallu pour passer à travers tout ça.

Tu as vraiment des idées super intéressantes.

Merci d'avoir été si présent aujourd'hui.

Tu as vraiment pris un risque aujourd'hui et je te respecte beaucoup pour cela.

Résumer et récapituler

Au cours des rencontres et à la fin de celles-ci, prenez le temps de résumer le contenu et l'esprit de ce qui a été dit au cours de l'entretien. Ceci vous permet de faire une sélection des éléments motivationnels que vous désirez faire ressortir, de les souligner, de nommer l'ambivalence qui peut être présente et permet aussi au client de corriger ou d'ajouter à votre perception de la situation. Il est sage de résumer fréquemment afin de refléter sélectivement les éléments permettant au client de progresser vers le changement. De courts résumés devraient apparaître fréquemment. La formule "3 questions ou reflets / 1 résumé" semble faire consensus.

Alors jusqu'à maintenant, vous m'avez dit que vous étiez préoccupé par la quantité d'alcool que vous buviez comparativement aux autres personnes de votre entourage, et le temps que vous y consacrez. Vous ne semblez pas trop savoir quoi penser du fait que vous semblez boire plus que les autres sans toutefois en ressentir les effets. Vous vous demandez si votre consommation d'alcool affecte votre mémoire et votre sommeil.... Autres choses ?

De tels résumés renforcent ce qui a été dit, indiquent au client que vous l'avez écouté attentivement et l'encouragent à continuer. Ceci permet aussi au client d'entendre et de réentendre ses motivations.

A la fin d'une longue période de counselling ou à la fin d'une session, n'oubliez pas de *récapituler* l'ensemble de ce qui a été dit en mettant l'accent sur une description du problème, les discordances, les motivations, les ambivalences, tout en supportant votre client et, enfin, de suggérer des pistes d'actions possibles en invitant le client à rajouter des éléments que vous auriez pu oublier.

Laissez-moi tenter de résumer ce que nous avons dit aujourd'hui et puis vous pourrez me dire si j'ai oublié quelque chose que vous jugiez important. J'ai débuté la session en vous demandant de me décrire votre consommation de drogue et vous m'avez dit plusieurs choses. Vous m'avez dit que votre consommation de cocaïne ne augmentait rapidement et que vous observiez une augmentation de la tolérance-qu'il vous en faut plus pour atteindre le même effet. Vous dépensez beaucoup d'argent pour la cocaïne et vous craignez de perdre votre emploi et votre maison. Il y a eu de gros problèmes à la maison et de sérieuses chicanes et vous vous inquiétez de l'effet que cela peut avoir sur votre fils. Lors de l'évaluation, vous étiez surpris d'apprendre que votre consommation générale est très élevée comparativement à la population en général, qu'il y a peu de gens qui consomment autant de drogue que vous. Vous avez observé que votre consommation commence à vous affecter physiquement. Malgré que vous n'aimiez pas que l'on vous appelle un drogué, vous êtes rapidement en train de développer une dépendance à la cocaïne et vous craignez qu'il soit difficile pour vous d'arrêter. J'admire votre ouverture lors du retour sur l'évaluation et je semble comprendre que vous avez des inquiétudes face à votre consommation. Est-ce que ça résume bien la situation ? Ai-je oublié quelque chose ?

Miller, 1995-Adaptation de Rossignol

Fin de la première session

Terminez toujours la première session en résumant ce qui en ressort. Le contenu de ce résumé, de cette récapitulation, dépendra évidemment des étapes que vous avez réussi à franchir. Dans certains cas, vous avancerez à pas de tortue, et pourriez vous retrouver à prendre toute la première session pour présenter l'évaluation, désamorcer la résistance ou répondre aux inquiétudes des clients. Avec d'autres, vous serez plus avancés et serez probablement au stade de la décision. La vitesse de croisière de cette première session dépendra de l'étape de changement où se situe le client. Lorsque possible, il est préférable de faire ressortir les motivations du client face au changement dès la première session et d'amorcer une discussion face au plan de changement (même partiellement). Discutez aussi des changements que le client prévoit effectuer entre la première et la deuxième session. N'hésitez pas à tenter d'engager votre client vers une modification de comportement. Mais d'un autre côté, ne vous sentez pas obligé. Un engagement prématuré est souvent éphémère et artificiel et le fait de forcer une personne aidée à

modifier ses comportements avant qu'elle ne soit prête risque de susciter de la résistance et de saboter le processus même de l'EM.

À la fin de la première session, vous pouvez offrir au client du matériel écrit. Si vous avez complété l'évaluation, vous pouvez lui en remettre une copie ainsi que le document explicatif.

8. L'importance et la confiance

Dans un même ordre d'idées, et parallèlement avec les stratégies de base de l'entrevue motivationnelle, Rollnick, Miller et leurs collègues (Rollnick, Mason et Butler, 1999) ont opérationnalisé les concepts de l' *Importance* et de la *Confiance* décrits plus haut (voir disposition au changement). Comme vous vous rappellerez, il est possible qu'un changement de comportement ne se réalise pas car une personne aidée transige avec des éléments motivationnels divers et complexes. Par exemple, il se peut qu'une personne ne veuille pas (importance faible) et se sente incapable (confiance faible) de modifier son comportement. Il se peut aussi qu'une personne ne désire pas modifier une situation (importance faible) bien qu'elle en soit capable (confiance élevée). Il se peut qu'une personne veuille modifier une situation (importance élevée) mais qu'elle s'en sente incapable (confiance faible). Il se peut enfin qu'une personne veuille modifier une situation, s'en sente capable mais qu'elle ne soit tout simplement pas prête à modifier le comportement immédiatement. Le tableau ci-dessous résume ces diverses possibilités.

Tableau 8 : Importance versus confiance

<i>Importance</i> vs <i>Confiance</i>	<i>Confiance faible</i>	<i>Confiance élevée</i>
<i>Importance faible</i>	<i>Volonté faible et capacité faible</i> « Il me semble que j'ai d'autres chats à fouetter que la cigarette! De toute façon, même si je voulais arrêter, j'en serais incapable! »	<i>Volonté faible mais capacité élevée</i> « J'peux arrêter de boire quand je veux mais je n'en ai pas le goût! »
<i>Importance élevée</i>	<i>Volonté élevée mais capacité faible</i> « Je sais que je dois arrêter mais j'ai essayé tellement souvent et je n'ai jamais été capable! Je désespère! »	<i>Volonté élevée et capacité élevée</i> « Je dois arrêter et je vais le faire dès maintenant !»

Il est important de bien cerner la dynamique « *Importance vs Confiance* » d'une personne aidée. Rollnick, Mason et Butler (1999) ont décrit un outil des plus utiles pour faire ressortir cette dynamique. En voici un exemple :

ex: Aidant:
Sur une échelle de 0 à 10 (0 étant *aucunement important* et 10 étant *extrêmement important*), comment coteriez-vous l'importance que vous accordez à modifier votre consommation d'alcool?

Client:
Je dirais un cinq!

Aidant:
Un cinq, excellent! Et comment expliquez-vous que vous vous situez à cinq et non pas à trois par exemple?

(Le client se situe donc et explique plus en détails sa position en utilisant les éléments composant son discours-changement. Après avoir exploré cet aspect, le thérapeute pourrait demander ce qui ferait bouger encore plus le client en posant une question telle que...)

Aidant:
Et qu'est-ce qui pourrait faire que vous cotiez un sept plutôt qu'un cinq?

(Le client exprime donc les ingrédients qu'il juge nécessaire pour augmenter la probabilité qu'il effectue un changement).

Et nous poursuivons avec la notion de *confiance* en utilisant le thermomètre (0-10). Ceci nous permet de situer le client dans cette dynamique ajoutant ainsi au portrait complexe de l'ambivalence de ce dernier et des forces en présence face à la modification de comportement.

Pièges à éviter

La confiance, l'espoir dans la capacité de changer un comportement, une situation est un élément souvent cité par nos clients comme obstacles majeurs au changement. Il est souvent facile de tomber dans des pièges semblables aux pièges énumérés plus haut dans le cadre des pièges de début d'entrevue.

Le premier piège est celui de la *prise en charge*. Il est facile pour un intervenant de porter le client sur ses épaules, de le prendre en charge ou de prendre le contrôle de son cheminement. Le deuxième piège consiste à *rassurer* le client. Non seulement ceci sonne faux mais peut aussi donner l'impression au client que l'aidant n'entend pas vraiment ce qu'il exprime ou le minimise.

Enfin, il est possible que l'aidant et l'aidé tombent dans la *valse du spleen* ou, comme le disent Miller et Rollnick (Miller,2000), le « *gloom à deux* ». L'aidant se laisse aspirer par le désespoir du client et confirme que la situation est désespérée et désespérante alors qu'il peut en être autrement. N'oublions pas que la notion de confiance en soi est en fait une question de perception.

Comment peut-on faire ressortir le *discours-confiance*? Miller (2000) énumère huit techniques utiles pour faire ressortir et/ou renforcer le discours changement du client.

- ✓ -poser des questions ouvertes visant à faire ressortir le discours-confiance;
- ✓ -utiliser le thermomètre;
- ✓ -réviser les succès antérieurs;
- ✓ -explorer les forces internes et le groupe de soutien;
- ✓ -faire un remue-méninge visant à développer des options novatrices d'action;
- ✓ -donner de l'information et des avis;
- ✓ -recadrer;
- ✓ -explorer un changement hypothétique.

L'intervenant peut répondre au discours-changement:

- ✓ -en utilisant le reflet;
- ✓ -en demandant au client d'élaborer;
- ✓ -en se servant des résumés;
- ✓ -en soutenant la personne aidée;
- ✓ -en évoquant de possibles défis et problèmes;
- ✓ -en évoquant la possibilité de changements radicaux.

Comme nous l'avons mentionné au début du chapitre, les notions d'*importance* et de *confiance* sont des éléments-clés dans la dynamique du changement. Il est donc important de savoir les explorer dans un climat de non-confrontation et de non-pathologisation mais plutôt comme un phénomène normal, prévisible et fréquent dans l'exercice de modification d'un comportement.

9. *La résistance*

Nous avons vu que dans le domaine du counselling en toxicomanie, la résistance est perçue comme un problème dont la source se situe chez le client. La résistance est vue comme un phénomène prévisible de par le simple fait de travailler avec des personnes présentant des problèmes de consommation. La résistance est donc souvent perçue comme un problème causé par le client.

Dans le cadre de l'entrevue motivationnelle, la résistance est plutôt perçue comme un signal, un indicateur de la consonance ou plutôt de la *dissonance* à l'intérieur d'une relation thérapeutique (Miller, 2000). Le *discours-changement* et la *résistance* sont perçus comme les deux côtés d'une même médaille. Miller et Rollnick synthétisent le tout en disant que la résistance, loin d'être un trait de caractère de nos clients est une problème thérapeutique, un défi thérapeutique à relever. Pour décrire la relation thérapeutique, ils utilisent souvent l'image d'une *danse* par opposition à un *match de lutte* où le thérapeute tenterait d'amener le client au plancher! Comme sur un plancher de danse, parfois c'est le client qui mène son partenaire, parfois c'est l'inverse, le tout dans un esprit de collaboration entre deux experts - le client est l'expert sur lui-même et le thérapeute, l'expert sur ce qui a marché pour d'autres clients.

Le thérapeute, donc, par ses actions, ses paroles et ses comportements à l'intérieur d'une session de counselling peut provoquer, selon Miller et Rollnick (1991), des comportements perçus comme de la résistance. Par exemple, si un thérapeute prend pour acquis que le client est au stade de l'action alors qu'il est en fait au stade de la précontemplation, il y a fort à parier que le client résistera au rythme du thérapeute (le thérapeute va trop vite ou pour poursuivre l'analogie, le thérapeute marche sur les pieds du client, ce qui provoque évidemment une réaction).

Dans le domaine de la toxicomanie, un thérapeute ayant comme prémisse que tous les "*alcooliques sont des menteurs, des voleurs et des escrocs*" peut apporter avec lui une série de comportements ou de perceptions provoquant ou donnant l'illusion d'un comportement résistant chez le client. Miller & Rollnick (1991) rappellent comment le simple fait de ne pas être en

accord avec un thérapeute peut être interprété comme de la résistance et comment, d'autre part, un accord avec le thérapeute est parfois perçu comme une preuve d'introspection.

Types de comportements résistants

Mais comment la résistance se manifeste-t-elle ? Miller & Rollnick (1991) ont identifié quatre grandes catégories de manifestations de comportements " résistants ". Elles vous sont présentées au tableau 9.

Tableau 9. Catégories de comportements résistants

Argumenter	Interrompre	Nier	Ignorer
-Remettre en doute ce que dit l'aidant ou ses compétences -Ne pas tenir compte de ce que dit l'autre -Être hostile	-Couper la parole -Élever la voix	-Blâmer -Être en désaccord -Trouver des excuses -Se croire à l'abri des conséquences négatives -Minimiser -Être pessimiste -Ne pas désirer changer	-Ne pas porter attention -Donner des réponses qui n'en sont pas -Ne pas réagir -Dévier du sujet

(Miller & Rollnick, 1991)

Que faire ?

Mais que doit-on faire au juste avec la résistance ? De façon générale, évitez la confrontation directe de toute résistance. Certaines de vos réactions risquent de pousser le client encore plus profondément dans un coin et de nuire à l'expression de la motivation. Votre réaction à la résistance est donc un élément crucial dans la suite des événements.

Voici un survol des stratégies fréquemment utilisées face aux comportements *résistants* des clients (verbatim tiré de Miller, 1995) :

- ***Le reflet simple*** : refléter simplement ce que le client dit.
- ***Le reflet amplifié*** : refléter en exagérant ou en amplifiant ce que le client dit au point où le client le désavouera. Attention de ne pas trop en mettre et de susciter de l'hostilité.

CLIENT: Chu pas un drogué ou quelque chose de même

L'AIDANT: Tu ne veux pas être étiqueté.

C: Non, j'pense simplement pas avoir un problème de drogue

A: Donc, en ce qui te concerne, il n'y a jamais eu de problèmes ou de méfaits directement liés à ta consommation.

C: Ben, j'irais pas jusqu'à dire ça...

A: Oh! Alors, il se peut que ta consommation puisse te causer quelquefois des problèmes mais tu n'aimes pas l'idée d'être appelé un drogué.

- **Le double reflet:** refléter l'ambivalence (d'un côté, et de l'autre....)

CLIENT: Mais je ne peux pas arrêter maintenant. Tous mes amis consomment.

AIDANT: Vous avez de la difficulté à imaginer comment vous pourriez ne pas boire avec vos amis et en même temps, vous vous inquiétez de l'effet que l'alcool a sur votre santé.

- **Changer le point de mire:** enlever l'attention sur l'élément problématique. Vous pouvez bien y revenir plus tard.

CLIENT: Mais je ne peux pas arrêter maintenant. Tous mes amis consomment.

AIDANT: Il ne faut pas mettre la charrue devant les boeufs. J'te parle pas d'arrêter et je crois pas que l'on devrait en discuter maintenant. Terminons le feedback et on regardera plus tard s'il y a lieu de faire quoique ce soit.

- **Encaisser la résistance** Quelquefois, il est préférable d'encaisser la résistance. Lorsqu'un client semble rejeter tout ce qui est dit.

CLIENT: Ouais, mais j'peux pas arrêter d'même, j'veux dire tous mes amis consomment.

AIDANT: Il se peut que lorsque nous aurons fini, tu décides qu'il est mieux que tu continues de consommer comme avant, que ce soit trop difficile de changer. Ce sera à toi de décider.

- **Mettre l'emphase sur la liberté de choix du client**

Bien souvent, les clients résistent lorsqu'ils se sentent coincés. Il est facile, de par nos techniques, notre façon d'être, de forcer les clients à prendre une décision qu'ils ne veulent pas vraiment prendre.

- **Recadrer:** stratégie qui consiste à inviter le client à voir un problème sous un nouvel éclairage ou selon une nouvelle perspective soit comme reflet:

CLIENT: Ma femme est toujours sur mon dos à cause de ma consommation.

AIDANT: C'est peut-être sa façon de démontrer qu'elle s'inquiète pour toi et ta santé.

ou à l'intérieur d'un résumé:

AIDANT: Tu ressens le besoin de t'offrir une récompense la fin de semaine pour avoir passé à travers une autre semaine (le message ici est qu'il y a des récompenses alternatives à la consommation)

AIDANT: Tu ne veux pas ajouter au stress familial en discutant de tes problèmes et de tes préoccupations ouvertement (donnez un exemple). Par conséquent, tu portes cela tout seul et tu encaisses toutes les tensions et le stress en consommant de la cocaï ne afin de ne pas embêter ta famille. (le message sous-jacent est que le client a une force intérieure, qu'il tient à sa famille et qu'il pourrait trouver d'autres façons de transiger avec le stress sans avoir recours à la cocaï ne).

10. Entre les sessions

Lettre de rappel

Après la première session, rédigez une lettre écrite à la main qui sera postée au client. Ceci *n'est pas* une lettre-type mais plutôt un message personnalisé écrit de votre main. Si votre écriture est illisible, vous pourrez faire des arrangements alternatifs mais *surtout, surtout, ne pas l'écrire à l'ordinateur ou à la dactylo*. Nous savons que ces petits gestes qui ne prennent que quelques minutes réduisent le taux d'abandon au traitement.

Voici quelques éléments qui peuvent être inclus dans cette lettre personnalisée.

- Une "Introduction": "Suite à notre rencontre, j'ai pensé à vous et j'étais content du travail que nous avons accompli aujourd'hui" ou "J'étais vraiment heureux de vous revoir aujourd'hui".
- Complimentez le client.
- Un reflet de la gravité de la situation.
- Un bref résumé des grandes lignes de la première session, surtout des éléments de motivation intrinsèque du client qui en sont ressortis.
- Un message d'espoir et d'optimisme.
- Un rappel de la date de la prochaine session.

N'oubliez pas de protéger la confidentialité du client lorsque vous posterez cette lettre. (aucune enveloppe ou papier à entête.) Voici un exemple de ce que cette lettre pourrait contenir:

Cher monsieur Tremblay,

Un petit mot pour vous dire que j'étais vraiment content de vous rencontrer. Je suis d'accord avec vous quand vous dites qu'il y a de sérieux problèmes sur lesquels vous devez vous pencher. Vous semblez déjà avoir trouvé des pistes pour y remédier et votre épouse semble vraiment aidante et prête à vous soutenir. Je crois que nous pourrions trouver ensemble des solutions à ces problèmes. J'ai hâte de vous revoir le mardi 25 novembre à 14h00.

Et placez une copie de cette lettre au dossier du client.

Les rendez-vous manqués

Lorsqu'un client rate un rendez-vous, réagissez au plus tôt. Essayez d'abord de rejoindre le client par téléphone et lorsque vous aurez réussi à le rejoindre, abordez les points suivants:

- -Clarifiez les raisons motivant l'absence;
- -Supportez le client, remerciez-le d'avoir assisté à la première rencontre;
- -Exprimez votre désir de revoir le client et encouragez-le à poursuivre sa démarche;

- -Mentionnez brièvement les inquiétudes ressorties lors de la première rencontre et le fait que vous êtes conscient que le client veuille tout au moins les explorer;
- -Exprimez votre optimisme au sujet des possibilités de modifier la situation et des avantages possibles pour le client et le conjoint;
- -Demandez si le client a des questions;
- -Fixez un autre rendez-vous.

Si aucune raison valable ne vous est offerte (p.ex: maladie, problème de transport, etc...), explorez avec le client si cette absence pourrait vouloir dire que;

- -Il est encore indécis quant à la nécessité d'une forme de traitement (p.ex: "J'ai vraiment pas un problème si grave que ça").
- -Il est encore ambivalent quant à modifier sa situation
- -Il est frustré ou choqué d'avoir à participer à un tel programme.

Utilisez les stratégies de la phase 1 pour travailler sur la résistance. N'oubliez pas les techniques de reflet, d'écoute et de recadrage. Ce rappel devrait être fait dans les deux jours suivant le rendez-vous manqué.

11. Phase 2: Renforcer l'engagement face au changement

Reconnaître quand un client est prêt à passer à l'action

La question de synchronisme est des plus importantes. Il s'agit de voir quand le client pénètre dans le stade de *décision* de Prochaska et DiClemente (1982). La balance a enfin penché du côté du changement. Mais vous vous doutez bien que cette ouverture n'est pas irréversible et qu'il faut donc renforcer l'engagement face au changement. Mais quand reconnaît-on qu'un client est prêt à changer. De façon générale, on observe les changements suivants:

- le client est moins résistant et soulève moins d'objections;
- il pose moins de questions face aux problèmes;
- il est résolu, en paix avec lui-même;
- il est motivé (Je pense qu'il faut que je fasse quelque chose à propos de mes problèmes de consommation).

Voici une série de points qui pourraient vous être utiles pour déterminer si un client est prêt à accepter, continuer, et se conformer à un plan de changement. Ils pourraient aussi vous être utiles dans l'évaluation des possibilités qu'une personne ne termine pas un programme de rétablissement (étude citée dans Miller 1995; Zweben et al., 1988).

- Le client a-t-il manqué ou annulé des sessions précédentes sans reprendre rendez-vous?
- Si le client a été forcé à chercher de l'aide (par exemple pour une condamnation pour conduite avec faculté affaiblie), a-t-il discuté de ses réactions face à cette obligation?
- Est-ce que le client hésite ou est indécis quant à prendre de futurs rendez-vous?
- Est-ce que le traitement offert est différent de ce que le client a reçu dans le passé et est-ce que ces différences ont été abordées?
- Est-ce que le client semble être réservé durant les sessions, semble hésitant ou résistant quand vous lui faites des suggestions?
- Est-ce que le client perçoit le fait d'être en traitement comme une expérience dégradante plutôt que comme le début d'une nouvelle vie?

Si les réponses à ces questions suggèrent qu'il pourrait y avoir un manque d'engagement, il serait bon d'explorer plus en profondeur cette indécision et cette ambivalence. Il serait peut-être sage de retarder la prise de décision avant que l'engagement soit bien précise.

Dresser un plan

Il est important de mettre sur papier les éléments du plan de changement du client. Dressé en collaboration avec le client, le plan comprend souvent les éléments suivants (Miller et

Rollnick, 1991; Miller, Zweben et al., 1995): (1) les changements que le client veut effectuer; (2) les raisons primordiales pour lesquelles il (elle) veut faire ces changements; (3) les étapes qu'il planifie entreprendre pour changer; (4) la façon dont les autres peuvent l'aider: (nommer les personnes et les façons possibles pour lui venir en aide); (5) les éléments pour mesurer le succès du plan et (6) les éléments qui peuvent interférer avec son plan. Ces éléments sont résumés au Tableau 10.

Tableau 10. Le Plan de changement

Plan de changement

Les changements que je veux faire: De quelle façon ou dans quels aspects de sa vie le client veut-il effectuer des changements? Il est sage d'inclure un but positif (veut commencer, augmenter, améliorer, faire plus de...) et non seulement des buts qui peuvent être atteints par une anesthésie générale (arrêter, éviter, diminuer un comportement, etc...)

Les raisons primordiales qui me motivent à faire ces changements sont: quelles sont les conséquences probables de l'action et de l'inaction? Quelles motivations semblent les plus importantes, attirantes pour le client?

Les étapes que je planifie d'entreprendre pour changer sont: Comment le client entend-il accomplir son objectif? Comment le changement désiré s'accomplira-t-il? Quels sont les premiers pas concrets et spécifiques qu'il entend prendre? Quand, où et comment entreprendra-t-il ses étapes?

La façon dont les autres peuvent m'aider sont: Comment les personnes de son entourage (incluant les personnes significatives) peuvent-elles aider le client à faire ses premiers pas vers le changement? Comment le client s'arrangera-t-il pour aller chercher un tel support?

Je saurai que mon plan fonctionne si: Qu'est-ce que le client espère que ce plan l'aidera à accomplir? Quels sont les bénéfices d'un tel changement?

Les éléments qui peuvent interférer avec mon plan sont: Aider le client à prévoir les situations ou les changements qui pourraient saboter son plan. Qu'est-ce qui pourrait aller de travers? Comment le client s'en tiendra-t-il à son plan original malgré les problèmes et les reculs?

Assurez-vous d'avoir deux copies de ce plan; une pour le client et une pour vos dossiers.

Rappeler la liberté de choix du client

Il est important de rappeler au client, et ce de façon constante, que le client maintient toujours sa liberté de choix et détient la responsabilité finale du changement de comportement. Ce message contient habituellement les éléments suivants : 1) C'est à vous de décider ce que vous voulez faire au sujet de cette situation; 2) Personne ne peut décider à votre place; 3) Personne ne peut modifier votre consommation à votre place, il n'en tient qu'à vous et 4) Vous pouvez décider de continuer à consommer comme vous le faisiez auparavant.

Conséquences de l'action et de l'inaction

Une stratégie utile est de demander au client (et à une personne significative) d'anticiper ce qui arrivera si la personne continue à consommer comme auparavant. Il peut être utile, à ce moment-ci, de rédiger une liste des conséquences négatives possibles d'une poursuite du dit comportement. Il est aussi possible que les clients (et les personnes significatives) puissent compiler une liste des bénéfices anticipés du changement.

Afin d'obtenir un portrait plus global de la situation, vous pourriez discuter avec votre client de ses *crain*tes face au changement. Quelles pourraient être les conséquences négatives liées à l'arrêt de consommation? Quels sont les avantages du maintien de la consommation? Le reflet, les résumés et les recadrages sont alors des outils forts utiles.

Information, conseils et avis

Bien souvent les clients et les personnes significatives (PS) poseront des questions fondamentales en ce qui concerne leur prise de décision. En voici quelques exemples :

- Est-ce que les problèmes de consommation d'alcool sont de nature héréditaire?
- Si j'en prends beaucoup sans être intoxiqué, est-ce que cela veut dire que je suis dépendant?
- Est-ce que le fait de prendre beaucoup d'alcool affecte le cerveau?
- Qu'est-ce qui représente un niveau sécuritaire de consommation?
- Si je cesse de consommer, est-ce que ces problèmes vont s'améliorer?
- Est-ce que mes troubles du sommeil peuvent être causés par ma consommation d'alcool?

Comme le nombre de questions possibles est trop vaste pour répondre à toutes, il suffit de se rappeler que vous vous devez d'offrir à vos clients et à leurs proches des informations spécifiques et justes. Il peut être bénéfique de demander à la personne aidée sa réaction face à l'information que vous lui présentez : *ça va? Ceci vous surprend? Qu'est-ce que vous en pensez?* Les clients et leurs proches peuvent parfois vous demander votre avis : "*Qu'est-ce que vous pensez que je devrais faire?*". Il est tout à fait acceptable de donner votre avis mais sous certaines réserves. Il peut être utile d'émettre certains qualificatifs et de souligner le droit du client à être en désaccord.

- *Si vous voulez mon opinion je peux certainement vous la donner mais c'est vraiment à vous que revient la décision finale.*
- *Je peux certainement vous dire ce que je ferais si j'étais dans votre situation mais je vous rappelle que c'est vraiment à vous de décider ce que vous voulez faire. Est-ce que vous voulez savoir ce que j'en pense?*

Il peut même être souhaitable de vous faire prier, de vous soutirer votre opinion.

- *Je ne suis pas convaincu que je devrais vous le dire. J'ai certes une opinion mais vous devez décider par vous-même et pour vous-même comment vous voulez gérer votre vie. Je crains que si je vous donne mon avis, j'aie l'air de décider pour vous. Êtes-vous convaincu que vous voulez avoir mon opinion?*

Une fois que le cadre est bien établi, sentez-vous libre de donner au client votre avis sur ce qu'il serait préférable d'effectuer en terme de changement possible, particulièrement au niveau :

- des changements de comportement de consommation (p.e : " Je crois que vous devriez vous abstenir complètement ");
- la nécessité pour la personne aidée et la personne significative de travailler ensemble;
- des changements plus généraux que la personne pourrait devoir faire pour maintenir sa sobriété (p.e : trouver de nouvelles façons de passer le temps qui ne comportent pas de consommation d'alcool).

Par contre, en ce qui a trait au " *comment* ", vous ne *devriez pas* prescrire de stratégies spécifiques ou tenter d'enseigner des mécanismes particuliers. Il faut plutôt remettre cette tâche au client :

- *Comment croyez-vous atteindre ce but?*
- *Qu'est-ce qui pourrait vous faire obstacle?*
- *Il vous faudra être très créatif pour contourner cet obstacle. Je me demande si vous avez des pistes de solutions.*

Encore une fois, à cette étape, il se peut que votre client vous demande des informations précises sur certains points bien particuliers. De l'information spécifique et juste est certes la bienvenue de votre part.

Il se peut fort bien qu'une personne aidée vous pose une question pour laquelle vous n'avez pas de réponse immédiate. Il est tout à fait correct de dire que vous ne connaissez pas la réponse mais que vous la trouverez. Vous pouvez offrir au client de le contacter par téléphone suite à vos recherches.

L'abstinence

Toute personne aidée devrait, à un point ou un autre de l'entrevue motivationnelle, être sensibilisée aux raisons favorisant l'abstinence. Évitez toute communication laissant sous entendre une forme de coercition ou d'imposition. Cette forme d'intervention va à l'encontre du style même de l'entrevue motivationnelle. Il ne vous revient pas de " permettre ", " d'accorder " ou de " laisser " les clients faire un choix. Le choix leur appartient. Vous devez, par contre, recommander (et non prescrire) l'abstinence et faire ressortir dans tous les cas, les points suivants :

- L'abstinence est un choix sécuritaire. Si vous ne buvez pas, il est garanti que vous n'aurez pas de problèmes liés à votre consommation.
- Il y a de bonnes raisons pour, tout au moins, tenter une période d'abstinence (p. ex : pour voir comment ce serait de vivre sans alcool et comment vous vivez l'expérience; pour découvrir comment vous êtes devenu dépendant à l'alcool; pour briser de vieilles habitudes; pour expérimenter le changement et rebâtir votre confiance en soi, pour plaire à votre conjoint-e).
- Personne ne peut garantir un niveau " sécuritaire " de consommation d'alcool qui ne vous causera aucun tort.

Dans certains cas, vous avez une responsabilité additionnelle qui est de mettre en garde votre client contre un objectif de consommation modérée. Encore une fois, ceci doit être fait de façon non coercitive. Parmi les raisons militent contre un but de consommation modérée notons;

- problèmes médicaux : (p.e. : maladie du foie) où toute consommation d'alcool est déconseillée.
- problèmes psychologiques exacerbés par toutes formes de consommation;
- un diagnostic d'Intoxication alcoolique idiosyncrasique (DSM-III-R : 291.40);
- forte demande externe sur le client pour que le client s'abstienne;
- la grossesse;
- utilisation/abus de médicaments pouvant être dangereux lorsque pris avec de l'alcool;
- une histoire de problèmes graves liés à la consommation d'alcool ou de dépendance à l'alcool.

Récapituler

Vers la fin de la deuxième phase, alors que vous sentez le client se diriger vers une ferme intention de changement, il peut être utile d'offrir un large résumé de tout ce qui a transpiré (Miller & Rollnick, 1991). Ceci peut inclure une répétition des inquiétudes soulevées à la Phase 1 (voir résumé) en plus de toutes nouvelles informations développées à la phase 2. L'accent

devrait être mis sur les motivations énoncées par le client, le rôle de la personne significative, le plan de changement du client et les conséquences possibles d'un changement et du statu quo.

Vous pouvez utiliser votre Plan de changement comme guide. Voici un exemple d'une récapitulation :

Voyons si j'ai tout saisi. Lors de notre dernière rencontre, vous avons passé en revue les raisons pour lesquelles vous et votre mari êtes inquiets de votre consommation. Vous en avez soulevé plusieurs. Vous croyez que votre consommation a contribué à accentuer vos problèmes conjugaux et familiaux. Vous êtes aussi inquiète des résultats des tests indiquant que l'alcool puisse avoir un effet néfaste sur votre santé. Votre consommation d'alcool semble avoir augmenté au fil des ans, et par le fait même, votre dépendance à l'alcool. L'accident que vous avez eu vous a aidé à réaliser que vous deviez faire quelque chose pour votre consommation mais vous sembliez tout de même surprise, lorsque je vous ai transmis les résultats, de l'étendue de la gravité de votre situation. Nous avons discuté de ce que vous pourriez faire face à tout cela. Vous et votre époux aviez des pistes de solutions. Il pensait que vous devriez assister aux rencontres des AA et vous vouliez simplement réduire vos consommations et essayer de ne pas consommer lorsque vous étiez seule. Nous avons discuté de diverses approches de traitement. Votre conjoint était d'avis que si vous ne diminuez pas vos consommations de façon importante, et lui pense plus à l'abstinence, que vous allez reprendre vos anciennes habitudes de consommation et oubliez tout ce dont nous avons discuté ici. Vous avez reconnu ce risque. Vous pouvez vous imaginer en train de vous parler et de vous convaincre de prendre un verre, seule, ou pour ressentir l'effet. Vous n'aimiez pas l'idée des AA car vous avez peur d'être reconnue mais, comme nous en avons discuté, il s'agit d'un mouvement très axé vers l'anonymat. Vous semblez vous diriger, pour le moment, vers une résolution de ne plus consommer du tout pendant une période d'au moins trois mois pour voir comment cela vous plaît. Votre conjoint aime bien cette idée et il s'est engagé à passer plus de temps avec vous pour que vous puissiez faire des choses ensemble les soirs de semaines et les fins de semaine. Vous pensiez aussi renouveler votre implication dans certains groupes communautaires dans lesquels vous aviez beaucoup d'intérêts et possiblement de vous mettre à la recherche d'un emploi pour vous tenir occupée. Est-ce que j'ai oublié des éléments? En gros, c'est ça?

Faire ressortir l'engagement

Après avoir résumé la situation et, si nécessaire, modifier le plan de changement, aller chercher un engagement ferme face au changement. Essentiellement, vous désirez que le client s'engage verbalement à prendre des actions concrètes. Si le client hésite encore, allez voir ce qui le fait encore hésiter.

12. Impliquer une personne significative

Lorsque bien gérée par le thérapeute, l'implication d'une personne significative (conjoint, membre de la famille, ami) peut augmenter l'engagement au changement. Lorsque faire se peut, un client sera fortement encouragé à venir aux deux premières sessions avec une personne significative (PS). Lors de ces rencontres, la PS participe activement au processus thérapeutique. L'accent est mis sur la nécessité pour le client et la PS de collaborer pour régler les problèmes de consommation.

L'EM reconnaît l'importance de la présence d'une PS sur la décision de changer un comportement chez le client. On sait que les clients ont des probabilités plus élevées de rester impliqués dans un traitement où les conjoints jouent un rôle actif comparativement à un traitement individuel (Miller et al., 1995).

L'implication d'une personne significative dans le processus de traitement offre plusieurs avantages:

- Elle permet à la PS d'avoir une meilleure compréhension du problème;
- Elle permet à la PS d'apporter sa contribution et son feedback sur l'établissement et la mise en œuvre des objectifs de traitement;
- Le client et la PS peuvent travailler ensemble sur des problèmes pouvant nuire à l'atteinte des objectifs de traitement.

Buts de l'implication de personnes significatives

Voici les buts visés par l'implication de la PS aux deux sessions:

- Établir une relation entre la PS et le conseiller;
- Conscientiser la PS à l'étendue et la sévérité du problème de consommation;
- Renforcer l'engagement de la PS à aider le client à surmonter ses problèmes de consommation;
- Renforcer l'importance de la participation de la PS dans la modification des modèles de consommation du client;
- Faire ressortir des éléments d'information des PS pouvant aider à augmenter la motivation du client;
- Promouvoir des niveaux plus élevés de cohésion et de satisfaction conjugale et familiale.

L'EM cherche à faire ressortir chez le client et la PS les aspects de leur relation qui semblent les plus positifs et explore comment ils peuvent travailler ensemble à surmonter les problèmes de consommation. Tous deux sont encouragés à décrire les forces et les qualités de l'autre. Les points soulevés lors des rencontres avec les PS peuvent servir à la mise en place de buts spécifiques. Le thérapeute ne devrait pas permettre au client et à la PS de prendre beaucoup de temps à se dénigrer, à se plaindre ou à critiquer l'autre. Une telle communication ne favorise pas une atmosphère propice au changement.

Le rôle de la Personne Significative

Idéalement, la PS accompagne le client dès la première rencontre. L'invitation à la PS devrait être faite pour la première session seulement. Ceci vous permet d'évaluer par la suite la pertinence de la présence de celle-ci à des rencontres subséquentes. Dès le départ, le thérapeute devrait souligner l'importance de la présence d'une PS et de sa volonté d'assister à la rencontre. Vous devriez alors présenter les buts visés par la présence de la PS :

- La PS se soucie du client et le changement aura un impact direct sur leur vie à tous les deux;
- La participation de la PS sera une aide précieuse lors de la détermination des objectifs et des stratégies;
- La PS peut être très aidante en travaillant avec le client pour résoudre le problème de consommation.

N'oubliez pas que la responsabilité finale du changement reste celle du client.

La Personne significative et la phase 1

Lors de la première session, il est important d'établir une bonne relation thérapeutique, une atmosphère où la PS se sent à l'aise de partager ses inquiétudes, de divulguer de l'information pouvant promouvoir le changement. En partant, le thérapeute peut se " joindre " à la PS en lui demandant de verbaliser ses expériences liées aux problèmes de consommation.

- Comment as-tu vécu cela?
- Qu'est-ce que tu as remarqué de la consommation de (client)?
- Qu'est-ce qui vous décourageait d'aller chercher de l'aide dans le passé?
- Qu'est-ce que tu trouves encourageant?

L'accent devrait être mis sur les tentatives de régler le problème. Du même coup, les expériences négatives (stress, désorganisation familiale, difficulté au travail) devraient être

abordées et mises dans un contexte *normatif* (" ceci se produit souvent... ") dans les familles aux prises avec des problèmes de consommation. Un lien peut être fait entre leur situation et la situation de PS confrontées à d'autres problèmes chroniques de santé mentale ou physique d'un proche (diabète, maladie cardiaque, dépression).

Le feedback donné par la PS peut souvent être plus révélateur que celui donné par le thérapeute. En même temps, le danger de surcharger le client d'informations nouvelles, négatives, données par une PS hostile, représente une source possible de démotivation importante. Le client peut se sentir comme si le thérapeute et la PS s'étaient ligués contre lui et il pourrait en résulter un abandon de traitement.

Il serait donc important, dans l'éventualité de l'implication d'une PS de présenter l'information lentement au client. Vous pouvez jauger l'état du client en lui permettant d'exprimer ses opinions sur des points bien précis avant de poursuivre la rencontre. La nature de l'EM s'exprime aussi dans l'importance mise sur les réactions du client. Vous pourriez lui demander :

- De tous les éléments que votre mari a soulevés, qu'est-ce qui vous préoccupe le plus?
- Dans quelle mesure est-ce important pour vous de tenir compte des préoccupations que votre épouse vient de soulever?

La PS peut aussi réagir au feedback donné suite à l'évaluation :

- *Qu'en pensez-vous? Est-ce que ceci correspond à ce que vous pensez de la consommation de (client)? Est-ce qu'il y a des choses qui vous surprennent?*

De telles questions permettent de confirmer la perception que se fait la PS de la sévérité du problème de consommation. Une fois qu'il y a entente sur la sévérité du problème, le conseiller peut explorer le degré d'implication que désire avoir la PS. Rappelez-vous que l'EM n'est pas une approche cognitivo-comportementale, l'idée principale est de faire ressortir chez le client et chez la PS leurs propres stratégies, leurs propres mécanismes d'adaptation. En augmentant la conscience de la PS aux problèmes de consommation du client, le thérapeute cherche à motiver la PS à jouer un rôle actif dans la résolution du problème.

La PS et la phase 2

L'engagement d'une PS peut aussi aider le client dans la deuxième phase du traitement en stimulant et en soutenant le changement particulièrement dans les situations où l'engagement entre les deux est élevé.

La PS peut fournir d'autres exemples des effets négatifs de la consommation sur la famille (p.ex. les repas où le client était absent, les fêtes, anniversaires, les moments embarrassants, les effets négatifs sur les enfants, la famille). Elle peut aussi joindre ses efforts à ceux du client (p.ex. passer plus de temps dans des endroits où on ne consomme pas).

Les PS nuisibles

Dans certains cas, la participation de certaines PS constitue un obstacle au processus de changement du client et peut même mener à une détérioration du problème de consommation. Il est important de reconnaître ces situations et de les régler. Voici quelques exemples de comportements problématiques :

- La PS émet des commentaires qui exacerbent une relation de couple déjà très tendue. Vos efforts pour faire verbaliser quelque forme de support et d'encouragement sont accueillis avec beaucoup de résistance ce qui met le client sur la défensive.
- Les commentaires émis par la PS laissent transpirer de l'hostilité ou de l'indifférence face au client. La PS n'est pas intéressée à savoir si le client fait des engagements ou des tentatives pour résoudre ses problèmes. Lorsque le client émet ses motivations, la PS n'offre aucune forme de support.
- La PS ne semble pas disposée à modifier ses comportements pour aider le client et ainsi modifier la dynamique de consommation et la dynamique de couple.

Voici quelques exemples où la PS est davantage un boulet qu'une aide au processus de changement. Nous vous suggérons d'abord de tenter de négocier ces difficultés par les techniques de base de l'EM (reflet, recadrage) pour souligner et reconnaître les interactions problématiques. Si la dynamique persiste, n'hésitez pas à intervenir directement pour faire cesser ce modèle. Voici quelques stratégies intéressantes pour minimiser les embûches que la PS dresse sur le chemin du changement. Il s'agit en fait de techniques utilisées pour " limiter les dégâts " :

- Limiter l'implication de la PS à la collecte d'information;
- Ne fournir que l'information sur la sévérité de la problématique et sur les services offerts. Votre interaction avec la PS peut se limiter à la clarification de données factuelles et à vous assurer que la PS comprenne bien l'information reçue;
- Centrer la session sur le client;
- Limiter l'implication de la PS aux activités de prises de décision.

N'oubliez pas qu'il n'est pas nécessaire de réinviter une PS à une deuxième rencontre. Ceci est plus simple si votre invitation de départ ne mentionnait qu'une seule rencontre. Mais n'oubliez pas que le nombre maximal de rencontres suggérées est de deux.

13. Entrevue motivationnelle de groupe

Il existe à l'heure actuelle un intérêt grandissant envers l'adaptabilité de l'entrevue motivationnelle en format groupe. Les travaux du Programme de recherche sur les addictions de l'Hôpital Douglas de Verdun au Québec s'inscrivent dans une série de tentatives d'adaptation (Ingersoll, Wagner & Gharib, 2000); Noonan, 1995). Profitant de nos connaissances en entrevue motivationnelle et de la mise en commun de nos travaux avec certains écrits de William Noonan (Noonan, 1995), nous avons adapté le protocole clinique du *Motivational Enhancement Therapy* (Projet MATCH, 1997) en format groupe pour créer le « *MEETING* » (**M**otivational **E**nhancement **T**herapy **I**N **G**roup).

La transférabilité de l'entrevue motivationnelle en format groupe représente une préoccupation primordiale. Nous croyons qu'une des conditions nécessaires à l'acceptation de l'entrevue motivationnelle au sein des centres de réadaptation est que l'EM puisse s'adapter à la réalité des dits centres. Comme une proportion importante des protocoles cliniques des centres de réadaptation fonctionnent selon un format groupe, l'EM doit pouvoir s'offrir en groupe si elle veut avoir une bonne chance d'y être communément utilisée.

Il existe plusieurs façons de pratiquer l'EM et il existe certes diverses façons de concevoir un groupe « *motivationnel* ». De plus il est possible d'entrevoir divers formats de groupe : éducationnel, psycho-éducationnel, de soutien, etc. À titre d'exemple, nos collègues de Virginie (Ingersoll, Wagner & Gharib, 2000) ont mis sur pied un groupe motivationnel en utilisant un format psycho-éducatif. Les sessions étaient divisées par sujets d'exploration répartis sur une dizaine de sessions (ex: une session sur les stades de changement, une autre portant sur les « bons et les moins bons côtés », une autre explorant les valeurs fondamentales, le sentiment d'efficacité personnelle, etc.).

Pour notre part, nous avons décidé d'opter pour ce que Ingersoll et al. ont identifié comme un « *groupe d'entrevue motivationnelle pure* » (Ingersoll, Wagner, Gharib, 2000). Le succès d'un tel groupe dépend du niveau d'aisance, de souplesse, de vivacité, bref, du niveau d'habileté du thérapeute. En ce sens, une formation adéquate et une supervision suffisante sont

nécessaires afin d'assurer l'atteinte du seuil minimum requis de compétences en entrevue motivationnelle.

Nous avons tenté de rester aussi fidèles que possible à l'*esprit* de l'entrevue motivationnelle. Nous nous sommes donc volontairement éloignés d'un format trop pédagogique, trop rigide, trop structuré pour mettre l'accent sur les qualités cliniques des thérapeutes. En ce sens, notre forme d'adaptation demande, de la part des thérapeutes, une solide connaissance des principes de l'entrevue motivationnelle. L'entrevue motivationnelle étant déjà difficile à maîtriser sous sa forme originale, le MEETING représente donc un défi de taille pour les thérapeutes. Il existe en effet peu de modèles, peu d'étalons, de jumeaux sur lesquels nous pouvions nous appuyer. De facto, nous étions à la proue d'un navire en eaux inconnues.

Recrutement

Nos clients ont été recrutés au moyen d'annonces dans les journaux de la région de Montréal. Toute personne se questionnant sur sa consommation d'alcool ou de drogues pouvait participer à l'étude si elle rencontrait les critères de sélection. Les personnes ayant besoin d'une désintoxication médicale, pouvant souffrir de sevrage sévère, souffrant de troubles organiques sévères, représentant un risque pour lui/elle-même ou pour autrui, souffrant de psychose aiguë ou de troubles sévères de dépression étaient exclues de l'étude.

Figure 3. Annonce.

Est-ce que votre consommation d'alcool ou de drogue vous préoccupe ?

Le centre de recherche de l'hôpital Douglas et l'université Concordia collaborent à un projet de recherche subventionné par le Conseil québécois de la recherche sociale. L'étude porte sur une intervention brève (entre 2 et 4 séances), fort prometteuse, pour les problèmes de drogue et/ou d'alcool. Si vous désirez participer à cette étude (vous devez avoir 18 ans ou plus) ou si vous désirez obtenir plus d'informations, contactez-nous au 761-6131, poste 2384. Laissez-nous un message détaillé et un membre de l'équipe vous rappellera dans les jours qui suivent. Il n'est pas nécessaire de laisser plusieurs messages. Toutes les informations seront traitées de façon strictement confidentielle.

Chercheur principal : Dr Thomas Brown
Programme de Recherche sur les Addictions
Centre de recherche de l'hôpital Douglas, Verdun, Québec.

Nombre de participants

La taille d'un groupe a certes un effet sur la qualité des liens thérapeutiques entre les thérapeutes et les clients. Les liens entre les clients eux-mêmes ont aussi un effet important sur l'aspect thérapeutique d'un groupe. Le thérapeute, bien que centré sur le client, se doit d'être directif afin de maintenir le cap et d'éviter les dérapages. Les pièges énumérés plus haut représentent des écueils potentiels dont la probabilité de manifestation se voit multipliée lorsqu'une relation clinique comporte plus de deux personnes (thérapeute et client); la probabilité de confrontation de membres envers d'autres membres constitue un bon exemple d'un tel piège.

Pour ce qui est du nombre idéal de participants, nous avons remarqué qu'un groupe trop petit (deux participants) pouvait avoir pour effet de figer les participants plus gênés, plus introvertis, plus réservés. Nous avons aussi évité de former des groupes trop gros (sept ou huit participants), ce qui aurait pour effet de diluer l'effet thérapeutique d'un tel groupe en transformant son mandat thérapeutique en mandat éducationnel. De plus, il est plus facile de tenir le cap pour un thérapeute si le groupe est plus petit. Le nombre idéal pour un tel groupe semble se situer entre trois et quatre participants (excluant l'animateur).

Format des rencontres

Il existe une multitude de mises en application de l'entrevue motivationnelle. Elle peut être utilisée dans un contexte de situation de crise, en salle d'urgence, dans le cadre d'une ou de plusieurs rencontres avec un thérapeute. Le Motivational Enhancement Therapy développé dans le cadre du projet MATCH (Miller, Zweben, Di Clemente & Rychtarik, 1995) et sur lequel nous avons calqué notre modèle, consistait en une série de quatre rencontres.

Les clients participant à notre étude ont complété une série de tests de dépistage et d'inventaires les interrogeant sur leur consommation, leur réseau social et leur santé psychologique. Certains de ces éléments étaient utilisés pour produire un *Bilan* (voir Annexes). Ce bilan est en fait une adaptation du Drinkers Check-Up (Miller, W.R. et al., 1988) et de l'Alcoo'portrait (Rossignol, 1998).

Le protocole des rencontres prévoit quatre rencontres. Les première, deuxième et troisième rencontres, d'une durée variant entre 60 et 90 minutes, sont espacées à intervalle d'une semaine et la quatrième a lieu quatre semaines après la troisième rencontre, donc à la septième semaine.

La première rencontre permet aux membres du groupe de faire connaissance et d'explorer les raisons les ayant poussés à répondre à l'annonce (voir Figure 3). Dans un premier temps, le thérapeute cherche à identifier les éléments de la balance décisionnelle des clients, à vérifier leur niveau de confiance (efficacité personnelle), à vérifier l'état de leur ambivalence face au changement et à cerner la place de chaque client sur la roue du changement (voir Figure 1).

La deuxième rencontre est consacrée à la présentation du Bilan. Les membres du groupe reçoivent alors du feedback personnalisé portant sur leur niveau de consommation, sur la sévérité de ses conséquences négatives de même que les résultats d'inventaires mesurant leur niveau de fonctionnement psychosocial et psychologique. Le thérapeute doit s'assurer de ne pas briser la confidentialité de chaque participant et présente donc les résultats du bilan de façon générale (*ex: les personnes ayant un score X ont généralement.....*). En plus du bilan, chaque participant reçoit une lettre d'introduction lui permettant de remettre en contexte les résultats du bilan (voir annexes).

La troisième rencontre est consacrée à la mise en œuvre, le cas échéant, d'un plan de changement. La quatrième rencontre est en fait une rencontre de suivi permettant d'évaluer les progrès, les questionnements, les obstacles et les succès des participants.

Déroulement des groupes

Après avoir été évalués, et après avoir rempli une série d'inventaires et de tests, les clients sont invités à se joindre à un groupe. Tous sont invités à une première rencontre afin de faire connaissance. Il se peut fort bien que des participants décident de ne pas revenir à la deuxième ou à la troisième rencontre. Nous jugeons ceci acceptable car dans l'esprit de l'EM, le changement peut fort bien se faire sans l'aide ou la présence d'un thérapeute. Autrement dit,

l'absence d'un participant ne signifie pas nécessairement l'absence de motivation au changement.

Amorce du groupe

Les intervenants-animateurs sont invités à débiter la première rencontre par une mise en situation qui regroupe les éléments suivants :

- délimiter le temps disponible;
- remercier les clients pour avoir complété les questionnaires d'évaluation;
- expliquer les consignes de confidentialité;
- expliquer la « non-coercition » au changement inhérent à l'EM;
- inviter les clients à réfléchir sur leur situation, à avoir une discussion constructive sur l'opportunité de changer un comportement possiblement problématique;
- rappeler le *Libre arbitre* des individus;
- expliquer le déroulement des rencontres :
 - survol de la situation individuelle des clients;
 - présentation du bilan (incluant un rappel que les individus sont libres de partager ou non les résultats de leur évaluation);
 - période de commentaires et de réactions face au bilan;
 - échanges sur la possibilité d'entrevoir une modification de comportement.
- expliquer les consignes particulières à l'EM :
 - éviter les étiquettes
 - éviter de commander ou de prescrire
 - éviter les argumentations
 - éviter de blâmer
 - rappeler le partenariat conseiller/client.

Voici un exemple d'un énoncé d'ouverture que vous pouvez adapter à votre réalité.

Rappelez-vous que les éléments énumérés ci-haut doivent, autant que faire se peut, se retrouver dans un tel énoncé.

Nous avons environ une heure et demie à notre disposition et dans le temps dont nous disposons, j'aimerais bien que nous fassions connaissance. Lors de notre deuxième rencontre, nous aurons la chance de regarder les résultats des tests que vous avez complétés récemment. Je tiens d'ailleurs à vous remercier de l'effort que vous y avez mis. Nous ferons bon usage de cette information. Mais tout d'abord, j'aimerais vous expliquer un peu comment nous allons travailler.

Je dois vous dire au départ que vous avez droit à la confidentialité. Tout ce qui se dit dans ce groupe, se rapportant à vous, doit rester entre les murs de cette salle. La loi m'oblige par contre à briser ce sceau de confidentialité dans quelques cas bien spécifiques: 1) si j'ai des raisons de croire que vous désirez vous suicider, 2) si j'ai des raisons de croire que vous voulez tuer un autre individu ou 3) dans les cas d'abus physique, mental ou sexuel sur des enfants mineurs.

Je dois vous dire que la raison d'être de ce groupe n'est pas de vous changer. J'espère que votre participation à ce groupe vous aidera par contre à réfléchir à votre situation afin de voir les changements possibles que vous aimeriez amorcer face à celle-ci. Le but de nos rencontres est d'abord d'avoir une discussion constructive sur l'opportunité d'un changement. Mais il est important de rappeler que, s'il y a des changements à faire, c'est à vous qu'il revient d'en décider. Vous maintenez en tout temps votre pouvoir de décision.

Lors de la prochaine rencontre, je vous donnerai beaucoup d'information sur vous-même et sur vos habitudes de consommation. Vos réactions, commentaires et questions sont les bienvenus. Si vous me le demandez, il m'est possible de vous donner mon avis mais c'est à vous de décider ce que vous allez faire de cette information. Je ne pourrais pas vous changer même si je le désirais. La seule personne qui doit décider si et comment changer, c'est vous. J'aimerais rajouter que, comme ce feedback se donne en groupe, vous n'avez pas à partager vos résultats avec vos voisins.

N'oubliez pas que nous prévoyons avoir quatre rencontres. La première rencontre vise à mieux nous connaître et à explorer les défis, les questionnements qui vous préoccupent, la deuxième rencontre sera surtout centrée sur la présentation des bilans. Les deux rencontres subséquentes constituent des rencontres axées soit sur la poursuite d'une réflexion ou pour vous supporter dans l'amorce de changement.

De plus, j'aimerais aussi mentionner que l'approche utilisée pour ces groupes ne vise pas à vous faire accepter quelque diagnostic que ce soit. Nous vous invitons donc à ne pas mettre l'accent sur des étiquettes. L'idée n'est pas de vous forcer ou forcer un autre membre du groupe à admettre qu'il est «alcoolique», «toxicomane» ou «malade». De plus, rien ne vous sera prescrit du type: "tu dois faire ceci", « tu dois accepter cela». Enfin, vous avez le droit de ne pas être en accord avec le point de vue d'un autre individu dans le groupe mais nous éviterons d'entrer dans des débats ou des confrontations. Soulignons aussi que nous tenterons d'éviter de blâmer qui que ce soit et ce tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du groupe.

Nous croyons fortement que, advenant que vous désiriez amorcer un changement de comportement, vous êtes la personne la mieux placée pour évaluer ce qui marchera pour vous. Vous êtes l'expert sur vous-même. Il n'est pas interdit de demander des conseils ou des avis tout en vous rappelant que c'est à vous que revient la décision finale sur ce que vous désirez faire avec les avis et conseils des autres membres du groupe.

Ça vous va?

Répondez brièvement mais complètement aux questions posées sur le fonctionnement du groupe. Toute question se rapportant à une situation particulière d'un client constitue possiblement une focalisation prématurée. Evitez donc de rentrer trop rapidement dans le vif du sujet. Soyez prudent en ne commençant pas une discussion sur une situation personnelle précise. Les longs dialogues entre membres d'un groupe peuvent isoler et démotiver les autres qui «attendent». Évitez aussi de tomber dans le piège des questions –réponses ce qui a tendance à tuer rapidement l'esprit de l'EM.

Présentation des participants

Demandez aux participants de se présenter en leur demandant de préciser ce qui les amène ici aujourd'hui.

Exemple:

«A ce point-ci, je vous demanderais de vous présenter et de nous dire ce qui vous amène ici aujourd'hui!»

Suite aux présentations de tous, prenez le temps de bien résumer leurs situations et de faire ressortir le discours-changement. Les participants du groupe vous parleront certes de leurs diverses tentatives infructueuses de changement, de leur manque de confiance en leur capacité. Il se peut que les personnes n'émettent aucun discours-changement. Mais il se peut aussi que la personne ait déjà entrepris une modification de comportement, d'habitude; il se peut aussi que la personne se soit inscrite au groupe pour voir ce que cette approche a à offrir de différent des autres approches. Utilisez les reflets sélectifs pour bien faire ressortir les éléments de motivation du client. Si le client est découragé, il est important de le supporter dans ses efforts de changement. La confiance en ses capacités est un ingrédient important du changement. Paradoxalement, une personne peut se sentir découragée du succès des autres et il est important de bien recadrer le cheminement individuel et la multiplicité des démarches. Contrairement au dicton populaire : quand on se compare, il se peut que l'on se désole!

Présentation du feedback

Une fois que vous aurez bien fait le tour des participants en prenant soin de faire les liens entre les différentes problématiques et en résumant bien les diversités des situations, vous pouvez débiter la présentation des données objectives contenues dans le Bilan. Lors de nos essais cliniques, ceci avait lieu à la deuxième rencontre mais il se peut que votre groupe progresse rapidement au point de pouvoir débiter la présentation du bilan dès la première rencontre. Dans l'éventualité où vous auriez à interrompre la présentation du bilan avant d'en avoir complété le survol, reprenez-le afin de pouvoir le donner définitivement au client lorsque la présentation aura été complétée.

Dresser un plan

La prochaine étape consiste à mettre sur pied un Plan de changement. Vous devriez pouvoir terminer cette phase avec un plan de changement pour tous vos participants. Dressé en collaboration avec les clients, le plan comprend les éléments suivants : (1) les changements que le client veut faire; (2) les raisons primordiales pour lesquelles il veut faire ces changements; (3) les étapes qu'il planifie entreprendre pour changer; (4) la façon dont les autres peuvent l'aider (nommez les personnes et les façons possibles pour lui venir en aide); (5) les éléments de mesure du succès du plan et (6) les éléments qui peuvent interférer avec son plan. Ces éléments sont résumés en annexe 2 du présent guide.

Il arrive parfois que les intervenants n'utilisent pas ce plan de changement. Vous jugerez si ceci est utile pour vos clients. Si vous désirez l'utiliser, nous vous suggérons de faire un tour de table pour que les gens énoncent à haute voix leur plan de changement. Il est possible à ce moment d'émettre des conseils si les clients le demandent.

Faire ressortir l'engagement

Après avoir résumé la situation de chacun et, si nécessaire, modifié le plan de changement, allez chercher un engagement ferme face au changement. Essentiellement, vous désirez que le client s'engage verbalement à prendre des actions concrètes. Si le client hésite encore, allez voir ce qui le fait encore hésiter.

Récapituler

Vers la fin de la deuxième phase, alors que vous sentez les clients se diriger vers une ferme intention de changement, il peut être utile d'offrir un large résumé de tout ce qui a transpiré (Miller & Rollnick, 1991). Ceci peut inclure une répétition des inquiétudes soulevées à la Phase 1 (voir résumé) en plus de toute nouvelle information développée à la phase 2. L'accent devrait être mis sur les motivations énoncées par les clients, le plan de changement des clients et les conséquences possibles d'un changement et du statu quo. Vous pouvez utiliser le Plan de changement comme guide. Voici un exemple d'une récapitulation :

Voyons si j'ai tout saisi. Lors de notre première rencontre, nous avons passé en revue les raisons pour lesquelles vous êtes inquiets de votre consommation. Vous en avez soulevées plusieurs. Louis croit que sa consommation a contribué à accentuer ses problèmes conjugaux et familiaux. François est inquiet des résultats des tests indiquant que l'alcool semble avoir un effet néfaste sur sa santé. Henri dit avoir noté que sa consommation d'alcool semble avoir augmenté au fil des ans, et par le fait même, sa dépendance à l'alcool. L'accident que Louis a eu l'a aidé à réaliser qu'il devait faire quelque chose face à sa consommation et voilà pourquoi il a répondu à l'annonce dans le journal mais vous sembliez tout de même surpris, lorsque je vous ai transmis les résultats, de la gravité de votre situation. Henri et François disent que les résultats des tests reflètent bien ce qu'ils ont observé.

Nous avons discuté comment vous pourriez faire face à tout cela. Vous aviez des pistes de solutions. François voulait simplement réduire sa consommation et essayer de ne pas consommer lorsqu'il était seul. Henri a décidé de s'inscrire à un programme à l'interne au centre. Nous avons discuté de diverses approches de traitement. Henri était d'avis que s'il ne diminuait pas sa consommation de façon importante, et lui pense plus à l'abstinence, il allait reprendre ses anciennes habitudes de consommation et oublier tout ce dont nous avons discuté ici. Louis n'aimait pas l'idée des AA car il avait peur d'être reconnu même si, comme nous en avons discuté, il s'agit d'un mouvement très axé vers l'anonymat.

Vos conjointes se sont engagées à passer plus de temps avec vous pour que vous puissiez faire des choses ensemble les soirs de semaine et les week-ends. Louis et Henri, vous pensiez aussi renouveler votre implication dans certains groupes communautaires dans lesquels vous aviez beaucoup d'intérêt et François parlait de se remettre à la recherche d'un emploi pour se tenir occupé. Est-ce que j'ai oublié des éléments? En gros, c'est ça?

Vérifiez le niveau d'adhésion des participants à votre résumé et vérifiez leur niveau de confort face à leur Plan de changement. Terminez la rencontre en vérifiant s'il y a des questions et en rappelant la date et l'heure de la prochaine rencontre.

Entre la session 2 et 3

Si vous le désirez, vous pouvez toujours prévoir un appel téléphonique aux membres du groupe ou leur faire parvenir une lettre similaire à celle que vous leur avez fait parvenir entre la première et la deuxième rencontre.

Rencontre 3

La troisième rencontre sert à jauger le cheminement des clients. Essentiellement, il s'agit de révérifier l'engagement et la motivation au changement. Ceci se fait en explorant les semaines entre les rencontres et en élaborant sur les situations de consommation et les situations de non-consommation. Rappelez-vous qu'il ne s'agit pas de blâmer les gens mais d'explorer les situations d'ambivalence et de soutenir les clients dans les processus de changement.

Il peut aussi être nécessaire de voir si le client ne devrait pas être référé à un programme plus intensif.

Entre la session 3 et 4

Comme lors des rencontres précédentes, il peut être utile de faire parvenir une lettre aux membres du groupe. Rappelez-vous qu'il peut y avoir un mois d'intervalle entre la troisième et la quatrième rencontre. Le taux d'absentéisme peut être élevé. Il est tentant de rejeter le blâme sur la « personnalité » des clients. Rappelons-nous qu'il y a un espace d'un mois entre la troisième et la quatrième rencontres et que les oublis sont fréquents. Nous savons aussi que des gestes simples réduisent les risques d'absentéisme. Les lettres personnalisées et les appels téléphoniques sont d'excellents outils pour réduire ce phénomène.

Rencontre 4

La quatrième rencontre sert essentiellement, comme la troisième, à faire le point et à échanger sur le dernier mois. Des pistes d'exploration pourraient comprendre les items suivants :

- -les relents d'ambivalence;
- -les étapes concrètes que les individus ont entreprises;
- les succès et les demi-succès;
- une vérification du niveau de confiance des gens;
- une référence à un programme d'aide différent en collaboration avec le client.

N'oubliez pas de terminer le tout par un résumé personnalisé du contenu des quatre sessions.

14. Notes sur certaines situations problématiques

Des pépins peuvent se produire au cours de toute démarche thérapeutique. Les prochains paragraphes sont des procédures qui, nous l'espérons, sauront vous aider si des situations difficiles se présentent au cours de la démarche.

Insatisfaction face au traitement

Les clients peuvent émettre des réserves sur la progression des sessions et de l'approche thérapeutique en général. Si cela se produit, commencez par remercier le client pour son honnêteté (p.ex. "J'apprécie que vous mentionniez cela "). Vous devriez aussi rappeler au client qu'il a le droit de quitter le traitement en tout temps, de demander de l'aide ailleurs ou bien de travailler sur ce problème seul, sans aide extérieure. Dans tous les cas, prenez le temps d'explorer les sentiments du client (p.ex. " La décision vous appartient mais il pourrait être utile que nous explorions vos appréhensions "). Les appréhensions qui font surface dès la première rencontre trouvent parfois leurs sources dans le fait d'essayer une nouvelle approche. Si les appréhensions ne diminuent pas ou même augmentent, vous pouvez aussi discuter avec votre client d'autres approches existantes.

Si la personne aidée exprime ses réserves après deux ou trois sessions, essayez de voir s'il y a eu de nouveaux développements depuis la dernière rencontre. Est-ce que le plan de changement élaboré plus tôt a échoué? Si oui, pourquoi? Est-ce que le plan a été mis en application correctement? A-t-il été tenté sur une période de temps raisonnable? A-t-il reçu des pressions de quelqu'un d'autre pour qu'il change d'approche thérapeutique ou pour qu'il cesse toute forme de traitement? Est-ce que le client est découragé?

Si le problème de consommation a connu une amélioration mais que d'autres problèmes ont fait surface, vous pouvez discuter de ceux-ci sans toutefois trop déroger du plan établi plus tôt.

Consultation téléphonique

Les personnes aidées ou les personnes significatives peuvent tenter de vous rejoindre par téléphone. Ceci est tout à fait acceptable et devrait être noté au dossier. Nous vous recommandons de garder ces contacts brefs afin d'éviter d'offrir une nouvelle intervention au téléphone. Dès le début, commentez positivement le fait qu'il prenne l'initiative de vous contacter. Explorez et reflétez toute ambivalence en ce qui a trait aux buts et aux stratégies discutés lors des rencontres antérieures. Il peut être utile de normaliser l'ambivalence. Renforcez aussi tout énoncé motivationnel et tout indice de volonté de changement. Il peut être utile de rassurer la personne en mentionnant que les personnes réussissent à modifier leurs habitudes de consommation après quelques sessions de thérapie.

Intervention de crise

Si, à tout moment, l'intervenant juge que le bien-être physique et la sécurité du client ou d'une autre personne sont en danger (rechute imminente, potentiel suicidaire ou de violence élevé), vous devez intervenir immédiatement afin de protéger les personnes en besoin ou en danger. Nous vous recommandons fortement de travailler en collaboration avec votre coordonnateur.

Références sélectionnées

- Bandura, Albert. (1995). Self-efficacy in changing societies. [On-line] Cambridge University Press. New York. Abstract from: POLARIS File: PsycINFO Item: 95-195042-000.
- Bell, A. & Rollnick, Stephen. (1996). Motivational interviewing in practice: A structured approach. In Frederick Rotgers, Daniel S. Keller & Jon Morgenstern (Eds.), Treating substance abuse: Theory and technique (pp.266-285). New-York: Guilford Press.
- Bem, Daryl J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. Psychological Review, 74 (3), 183-200.
- Bien, T.H., Miller W.R. & Borouhgs, Joseph M. (1993). Motivational interviewing with Alcohol Outpatients. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 21, 347-356.
- Bien, T.H., Miller W.R. & Tonigan J.S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. Addiction, 88, 315-336.
- Brehm S. S., & Brehm, J. W. (1981) Psychological reactance: A theory of freedom and control, New York: Academic Press.
- Brown, Janice M & Miller William R. (1993). Impact of Motivational Interviewing on Participation and Outcome in Residential Alcoholism Treatment. Psychology of Addictive Behaviors. 7 (4). 211-218.
- Chafetz, Morris. E. (1961). A procedure for establishing therapeutic contact with the alcoholic. Quarterly Journal Of Studies on Alcohol, 22, 325-328.
- Frankl, Victor (1959). Man's search for meaning. New York: Simon & Schuster.
- Gordon, Thomas (1981). Enseignants efficaces. Le jour, éditeur
- Greenwald, Alan F. & Bartemeier, Leo H. (1963). Psychiatric discharges against medical advice. Archives of General Psychiatry, 87, 27-29.
- Ingersoll, Karen S., Wagner, Christopher C., Gharib, Sandra. (2000). Motivational Groups for Community Substance Abuse Programs. Mid-Atlantic Technology Transfer Center. Richmond.VA.
- Institut des technologies télématiques. (1993). *Évaluation et orientation*, Toronto. ARF.
- Janis, Irving, L. & Mann, L. (1977). Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment. York, New York: Free Press.[On-line] Abstract from POLARIS File: PsycINFO Accession Number 59-00284.

Kadden, R., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., Litt, M., Hester R., (1995). Cognitive-behavioral Coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Project MATCH Monograph Series, Vol. 3, U.S. Rockville MD: NIAAA.

Luborsky, Lester, McLellan, Thomas, Woody, G.E., O'Brien, C. P., & Auerbach A. (1985). Therapists success and its determinants. Archives of General Psychiatry, 42, 602-611.

Marlatt, G. A. & Gordon J. R. (Eds.).(1985). Relapse prevention. New York: The Guilford Press.

McCrary B., Longabaugh, R., Fink E., Stout, R., Beattie, M. Ruffieri- Authelet A. (1986). Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient after brief inpatient treatment: 12-Month outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54 (5), 708-713.

Miller W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. Behavioural Psychotherapy, 11, 147-172.

Miller W.R. (1995). Motivational enhancement therapy with drug abusers. Unpublished manuscript. Document available by writing to Dr. W.R. Miller, Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addiction. Department of Psychology, Logan Hall, University of New Mexico. Albuquerque. NM. 871310-1161. USA.

Miller W.R., Benefield, R.G & Tonigan J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61 (3), 455-461.

Miller, W.R., Brown, J. M., Simpson T. L., Handmaker, N. S., Bien, T. H., Luckie, L. F., Montgomery, H. A., Hester, R. K. & Tonigan J.S. (1995). What works ? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome Literature. In Reid K. Hester & W.R. Miller (Eds), Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. (pp.12-44). New-York: Allyn & Bacon.

Miller W.R & Hester R. K. (1986). Inpatient alcoholism treatment: Who benefits. American Psychologist, 41 (7), 794-805.

Miller W.R. & Kurtz, E., (1994) Models of Alcoholism used in treatment: Constrating AA and other perspectives with which it is often confused, Journal of Studies on Alcohol, 55 (2), 159-166.

Miller, William R. & Rollnick, Stephen. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: The Guildford Press.

Miller, W.R., Sovereign, R. G., & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The drinker's check-up as a preventive intervention. Behavioural Psychotherapy, 16, 251-268.

Miller, W.R., Zweben, A., DiClemente, C. & Rychtarik R.G. (1995). Motivational enhancement therapy: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Project MATCH Monograph Series, Vol. 2, U.S. Rockville MD: NIAAA.

Miller W.R. (2000, été). Motivational Interviewing and Brief Negotiation : 2000 Training New Trainers (TNT). (Disponible seulement au réseau de formateur en entrevue motivationnelle auprès de W.R. Miller, Université du Nouveau-Mexique, Pavillon Logan, Albuquerque, Nouveau-Mexique, USA,)

Monti, Peter M., Abrams, David B., Kadden, Ronald M. & Cooney, Ned L. (1989). Treating alcohol dependence. New York: The Guilford Press.

Naakken, Craig. (1988). The addictive personality: Roots, rituals, recovery. St-Paul, Minn: Hazelden.

Noonan W.C. (1995). Group Motivational Enhancement Therapy Manual. Unpublished Manuscript available by writing to Craig Noonan, Ph.d, 5130 La Jolla Blvd., Apt. 2K, San Diego, California, USA.. 92109

Noonan, W. C. & Moyers T.B. (1997). Motivational Interviewing. Journal of Substance Abuse (2). 8-16.

Patterson, G.R. & Forgatch. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53 (6), 846-851.

Prochaska, James O. & DiClemente, Carlo C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19 (3), 276-287.

Project Match Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. Journal of Studies on Alcohol, 58 (1), 7-29.

Project Match Research Group. (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. Psychotherapy Research 8(4). 455-474.

Rogers, Ronald W. (1975). A protection motivation theory of fears appeals and attitude change. [On-Line]. Journal of Psychology, 91 (1), 93-114. Abstract from : POLARIS File: PSYINFO Accession Number: 55-04488.

Rollnick, Stephen, Mason, Pip & Butler, Chris. (1999). Health Behavior Change : A guide for Practitioners. London.Churchill Livingstone.

Rollnick, Stephen & Miller W.R. (1995). What is motivational interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, 325-334.

Rossignol, Vincent (1998). L'Alcoo'Portrait. Matériel non clinique non publié.

Rossignol, Vincent. (1999). L'Entrevue motivationnelle : une approche novatrice de la toxicomanie. L'Intervenant, 15 (2), 8-15.

Sobell, Linda C., Ellingstad Timothy P., Sobell, Mark B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems : methodological review of the research with suggestions for future directions. Addiction. 95 (5). 749-764.

Valle Stephen K., (1981). Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome, Journal of Studies on Alcohol, 42 (9), 783-790.