



Trousse d'outils sur l'Entretien motivationnel à l'intention

des centres de traitement et des
travailleurs communautaires
du PNLAADA/PNLASJ



TABLE DES MATIÈRES

But	1
Objectif	1
L'Entretien motivationnel	2
Les quatre principes directeurs de l'Entretien motivationnel:	5
1.Exprimer de l'empathie	5
2.Développer les divergences - établir les liens	5
3.Accompagner la résistance - surfer sur la vague	6
4.Encourager l'auto-efficacité – encourager l'identité de la personne	6
Compétences et stratégies en matière d'Entretien motivationnel (QARR - Questions ouvertes, Affirmations, Réflexions ou l'écoute réflexive, Résumés)	9
Évaluation de compétences en EM – Vos compétences s'améliorent-elles ?	13
Un scénario de pratique de l'EM	14
Fiche-conseil de l'EM	18
Outils et ressources choisis	20
Cahiers d'exercices ou manuels adaptés à l'EM	20
Vidéos libres d'accès ou en ligne sur l'Entretien motivationnel	21
Bibliographie et références connexes supplémentaires	22



But

Ce projet répond aux besoins systémiques ayant trait aux stratégies pratiques et culturellement pertinentes, tel que souligné dans le document *Honorer nos forces: Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations du Canada* (2011). Le document *Honorer nos forces* fait valoir que les compétences reliées à l'Entretien motivationnel visent à répondre aux besoins des personnes à risque élevé pour les conséquences négatives dues à la toxicomanie. Leurs habitudes dangereuses peuvent les exposer ou d'autres personnes à des risques et entraîner de nombreuses conséquences négatives, comprenant, sans s'y limiter: la violence, les blessures, la victimisation sexuelle, le décrochage scolaire, la violence conjugale, le risque de faire partie d'un gang, la conduite en état d'ébriété, le suicide, le partage de seringues, le risque d'infection à VIH, d'avoir un enfant atteint de TSAF, la perte d'emploi, la rupture familiale, le risque de prise en charge des enfants par l'État et le crime dans la collectivité.

Les éléments clés d'une approche efficace de réduction de risques secondaires, pour laquelle les compétences en Entretien motiva-

tionnel sont essentielles sont ainsi qui suit:

- le soutien communautaire ;
- la sensibilisation ;
- l'évaluation et la gestion des risques;
- le dépistage, l'évaluation, l'orientation et la gestion des cas.

Les intervenants les mieux placés pour offrir des services d'Entretien motivationnel et d'appui sont ceux œuvrant dans les domaines de la toxicomanie et de la santé mentale, des praticiens de la culture, des travailleurs sociaux, des intervenants visiteurs dans le cadre du programme de la santé de la mère et de l'enfant, des mentors-TSAF, des responsables de l'application de la Loi, des travailleurs des services correctionnels, des travailleurs des services d'approche hors réserve, le personnel des centres d'amitié autochtones dans les agglomérations urbaines et celui d'un large éventail de services de soutien sociaux et communautaires (p. ex., les membres de la famille, les aînés, les enseignants et les amis).

Objectif

Cette trousse vise à offrir des principes clés de l'Identification précoce et d'Intervention brève aux PNLAADA/PNLASJ, ainsi qu'aux prestataires de services communautaires plus larges. Elle exploitera les principes de l'Entretien motivationnel afin d'offrir des descriptions et des exemples pratiques dans des interventions auprès des clients aux prises avec un problème d'alcool ou de drogues.

L'Entretien motivationnel

Bien qu'il existe de nombreuses approches ou « Thérapies brèves » en matière d'interventions brèves, ce guide met l'accent sur l'Entretien motivationnel (EM). L'EM met l'accent sur les sentiments mitigés (l'ambivalence) qu'un individu pourrait avoir quant au changement. Il s'agit d'une conversation participative entre le client ou la cliente et le conseiller, au cours de laquelle les valeurs et les préoccupations du client ou de la cliente sont exploitées. Il se fonde sur les forces et il est axé sur le client.

L'Entretien motivationnel (EM) semble être une approche idoine pour des groupes autochtones aux prises avec des problèmes de toxicomanie. La rétroaction provenant de partout aux États-Unis fait état de ce que l'EM convient à la culture amérindienne et peut être adapté aux réalités culturelles locales (Venner & Feldstein, 2006).

Utilisé comme approche autonome, l'Entretien motivationnel peut constituer une approche pratique d'intervention brève, pouvant être effectué en moins de 4 séances. Aussi, peut-on avoir recours à l'Entretien motivationnel à tout moment lors des interventions auprès des clients aux côtés d'autres approches. Une telle utilisation favorise l'efficacité des traitements. Si vous travaillez auprès des gens faisant face aux problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, ou alors vous voulez les aider à faire des choix de mode vie plus sains, les techniques de l'Entretien motivationnel sont des aptitudes pertinentes qu'il faudrait envisager d'acquérir. Mis au point par William R. Miller et Stephen Rollnick (2002), l'EM constitue une approche pratique de travail auprès des gens, axée sur le client.

L'Entretien motivationnel peut se définir de la façon suivante :

« Il s'agit d'un style de counseling en changement de comportement, mis au point par Miller (Miller, 1983). On le définit comme un style directeur de counseling, axé sur le client, qui aide celui-ci à explorer et à résoudre son ambivalence quant au changement. Ses principes comprennent: comprendre avec exactitude le point de vue du client ou de la cliente, éviter ou désamorcer la résistance, augmenter l'auto-efficacité du client ou de la cliente et les divergences qu'il ou elle perçoit entre son comportement réel et idéal (Miller and Rollnick, 1991). Il prévoit comme il prévoit comme il prévoit techniques l'écoute réflexive, la sollicitation des déclarations de motivation chez le client ou la cliente, l'examen des deux côtés de l'ambivalence du client ou de la cliente et la réduction de la résistance en surveillant la réceptivité du client ou de la cliente et la non-réclamation prématurée du changement. L'efficacité de l'EM comme intervention auprès des personnes à la fois dépendantes et toxicomanes de tous les groupes d'âge a été clairement démontrée (Dunn et coll., 2001). Et il a été également abondamment prouvé que l'EM est efficace comme intervention en toxicomanie lorsque les cliniciens non spécialistes en traitement de toxicomanie s'en servent, notamment pour favoriser l'admission au traitement et l'engagement dans le processus de traitement plus intensif du mésusage de substances (Dunn et al, 2001). Il n'y a aucune preuve étayant l'idée selon laquelle plusieurs traitements aboutissent à de meilleurs résultats, et l'on devrait considérer les nombreuses séances de l'EM comme étant la durée appropriée de l'intervention » (Dunn et al, 2001).¹

Ci-dessous, l'EM est décrit du point de vue autochtone (Venner et coll., 2006) :

« Je crois que nous avons déjà le concept de l'EM dans notre culture. En langue Navaho, c'est une belle façon ou une façon positive de penser. Je pense que dans des cultures indigènes, les cultures autochtones, nous l'avons déjà ce concept... » « Je crois que nous avons l'état des connaissances, mais nous obtenons nos diplômes ou acquérons nos formations, mais la culture occidentale nous confond... » Participante Navaho.

Tel qu'indiqué par Venner et al (2006), on considère l'EM comme thérapie brève (1 à 4 séances) pouvant être efficace en soi et/ou servir à préparer les clients au traitement. Il a été démontré que l'EM améliore l'efficacité d'autres traitements. Le conseiller peut s'en servir en une ou deux séances avant que le client ou la

1- Ibid

2 - « La TCC est une forme de traitement psychologique qui porte sur les interactions entre la manière de penser, de se sentir et de se comporter d'un individu. Il est généralement limité dans le temps (environ 10 à 20 séances), met l'accent sur des problèmes en cours chez l'individu et suit un style structuré d'intervention. L'élaboration et l'administration de la TCC se sont fondées sur les données de la recherche. Davantage de preuves confirment l'efficacité de la TCC dans le traitement de nombreux troubles mentaux courants. Des programmes de recherche soigneusement conçus ont permis aux groupes de consensus des experts internationaux à qualifier la TCC de « traitement de choix » actuel pour certains troubles. La TCC n'est pas tellement une intervention unique; mais beaucoup plus une famille de techniques de traitement et de pratiques. Les praticiens de la TCC ont la possibilité de mettre l'accent sur différents aspects du traitement (l'aspect cognitif, affectif ou comportemental) selon le domaine dans lequel ils sont formés. Toutes les techniques et les approches de la TCC sont appliquées de façon pratique. Ce dont on se sert (c'est-à-dire, quelle technique pour quel problème) c'est ce qui s'est avéré efficace et ses techniques fondées sur la science (par exemple, « les expériences comportementales » aidaient les gens à surmonter leur peur des objets ou des situations). La TCC a déjà fait l'objet de bien d'études et mis en œuvre avec succès auprès des personnes ayant des besoins multiples et complexes et recevant d'autres formes de traitements supplémentaires, ou n'ayant pas eu de succès avec d'autres types de traitement. » (Somers et Querée, 2007).

cliente n'entame un programme de traitement plus intense. Selon Venner et al (2006), le recours à l'EM avant l'entame du traitement permet de doubler le taux d'abstinence par rapport à un programme de traitement sans celui-ci. L'EM a été intégré dans la thérapie cognitivo comportementale (TCC)² de telle sorte que les séances de traitement commencent par l'EM, avant de passer à la TCC, tout en respectant les principes de l'EM.

Venner et al (2006) postulent que le conseiller trouverait l'EM facile à exploiter, si celui-ci :

- est culturellement compétent pour savoir bien écouter;
- traite les clients avec honneur et un profond respect ;
- traite les clients de façon chaleureuse et avec bienveillance;
- se sent à l'aise en agissant en tant qu'égal avec les clients;
- pense qu'il est important d'être sincère;
- croit que les réponses et les motivations se trouvent chez le client;
- accepte et s'attend à ce que les clients soient en désaccord avec lui et le défient;
- comprend que prendre la décision de changer n'est souvent pas chose facile;
- sait que le processus de changement ne se passe jamais sans heurt et implique souvent que l'on passe en revue les étapes du processus de nouveau;
- apprécie la complexité de la vie et les motivations des gens;
- est sensible aux comportements verbaux et non verbaux du client ou de la cliente et est disposé à changer son comportement pour voir si cela aidera le client ou la cliente;
- est prêt à assumer sa part de responsabilité dans le rôle qu'il joue pour ralentir ou favoriser le progrès du client ou de la

cliente vers le changement de ses habitudes de consommation d'alcool (une partie de la responsabilité seulement).

Quelques idées relatives à l'EM sont ainsi qu'il suit (Venner et al, 2006)³:

- La motivation au changement du client ou de la cliente est une marque de sagesse qu'il nous faut respecter plutôt que de tenter de montrer sa sagesse en tant que thérapeute au client ou à la cliente.
- Le client ou la cliente est perçu(e) comme une personne pas comme un problème. Le client ou la cliente identifie et traite ses sentiments quant au changement. Chez certaines tribus, ce niveau de respect a atteint de nouveaux sommets et en s'adressant aux clients, elles les appellent sœur, oncle, etc. d'après leurs relations claniques. Le conseiller oriente avec humilité, respect et enthousiasme le client ou la cliente, afin qu'il/elle puisse évaluer ses sentiments et progresser vers une décision de changement.
- La persuasion n'est pas une méthode efficace d'encourager une modification de comportement.
- Le style de l'EM est généralement doux, permettant d'exploiter au mieux la sagesse du client ou de la cliente.
- La réceptivité au changement n'est pas stable. Elle varie en fonction de l'environnement interne et externe du client (les relations sociales, la situation professionnelle, le statut financier, la famille et les amis, et la communauté). La relation thérapeutique est un partenariat et non une relation expert-patient.

3 - Une adaptation de : Rollnick, S. & Miller, W. R. (1995) What is motivational interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, 325-334



Types de cérémonies pour expliquer l'EM (Venner et al, 2006):

«...Nous offrons quelques exemples de cérémonies qui semblent bien répondre au principe essentiel de l'EM. Étant donné que ce manuel a été conçu particulièrement pour tous les peuples amérindiens, nous osons croire qu'il sera utile en présentant des cérémonies issues de différents peuples indigènes/autochtones. Bien que les populations autochtones diffèrent considérablement les unes des autres, ces exemples de cérémonies soulignent des similitudes dans la création d'un espace sûr où chacun se sent respecté et honoré. L'approche de l'EM souligne également la nécessité d'être respectueux envers les clients en les aidant à se sentir en sécurité lors des séances de counseling. Nous partageons avec vous ces cérémonies, pas pour que vous les utilisiez avec les clients. Les cérémonies peuvent nous aider à mieux aborder notre travail. Encore une fois, si l'une de ces dernières vous paraît bien indiquée, n'hésitez pas à l'utiliser et à la modifier. Il vous est possible également de recourir à des cérémonies issues de votre patrimoine culturel ou alors de n'en utiliser aucune tout simplement » :

Pueblo

La cérémonie présentée ici est une tentative de donner au processus de guérison un caractère sacré lors de la rencontre initiale avec les clients. Nous commençons par la reconnaissance que nous entrons dans un espace spécial. En y accédant, nous laissons derrière nous tous nos mauvais sentiments et la colère. Nous entrons dans cet espace où toute interaction se déroulera dans un esprit et un cœur dégagés. Nous disons nos prières demandant à nos ancêtres leurs sagesse et aide afin que notre rencontre soit un succès. Nous demandons aux Anciens d'apporter une bonne énergie et de l'énergie de guérison dans notre espace et pendant notre temps ensemble. Nous mettons nos pensées et nos sentiments de guérison ensemble et devenons un.

Basé sur l'expérience de Nadine Tafoya.

Maori (autochtones de Nouvelle-Zélande)

Quand les Maori invitent des étrangers (même des Maori issus d'autres communautés) dans leur Marai (bâtiment spécial réservé aux activités spirituelles et communautaires), ils pratiquent une cérémonie qui rappelle à tous que nous sommes tous un, que tout le monde est en sécurité dans le Marai et que nous partageons tous un même but et que nous avons tous les mêmes objectifs. Sur la base de la compréhension simple du premier auteur, chaque groupe se présente et les uns disent aux autres qu'ils viennent en paix. Ils suivent un processus précis pour échanger et chanter. Vers la fin de cette cérémonie d'accueil, les uns et les autres de chaque groupe se saluent. Les hommes se rapprochent, leurs nez se touchant, respirant ainsi le même air et laissant entendre qu'ils sont un. Les femmes généralement s'embrassent sur la joue. Puis, tout le monde se retire pour aller chercher du thé et manger ensemble.

Basé sur l'expérience de Kamilla Venner.

Tribu du Nord-Ouest canadien (De Cho)

On invite tout le monde à se lever et former un cercle. Le chef s'adresse au peuple et souligne l'importance de se saluer et faire preuve de respect mutuel, tout en reconnaissant que nous sommes tous un dans le monde. Le cercle se transforme en deux cercles qui se connectent. Celui qui est dans le cercle intérieur fait les présentations, tandis que ceux du cercle extérieur l'écoutent. Après vous être présenté, vous vous retirez au cercle extérieur. La première personne commence à montrer aux autres ce qu'ils doivent faire, pendant que la musique joue (dans ce cas la musique « O Siem » provenant d'un CD, musique signifiant « nous sommes une famille » de Susan Aglukark, une Inuite). Celui qui fait les présentations dit à son prochain comment il s'appelle; ils se serrent la main, son prochain en fait autant et chacun dit une chose le concernant. Les uns et les autres présents ont l'occasion de se saluer face à face. Puis quand ils se rencontrent plus tard au cours de l'activité, ils se sentent plus à l'aise les uns avec les autres, établissant des liens et plus enclins à interagir. Basé sur l'expérience de Wendy Kalberg à l'occasion d'une Conférence sur le Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, soulignant le mieux-être communautaire.





Les quatre principes directeurs de l'Entretien motivationnel¹:

1. Exprimer de l'empathie

L'empathie est la compétence la plus complexe et nécessaire souvent lente à cultiver chez ceux qui sont formés en EM. Ceci a plusieurs répercussions sur les Premières Nations et les Inuits. D'un point de vue occidental, l'empathie s'en trouve limitée du fait d'une vision du monde et des valeurs qui mettent l'accent sur un individu ayant été mal compris dans le contexte de l'histoire. À cet égard, l'accent se met sur un individu, pour un problème/question ponctuel et dans un contexte environnemental limité (p. ex., pas tout le monde dans la communauté fait face au même problème).

Alors, on doit comprendre l'individu dans le contexte de la famille et de la communauté, des répercussions intergénérationnelles du traumatisme et ce dans le contexte environnemental général et des effets de la colonisation. Sans ce contexte, la démonstration d'empathie au moyen de l'écoute réflexive s'en trouverait limitée. Les clients pourraient plutôt être perçus comme étant résistants ou évasifs lorsqu'ils persistent à parler de leur famille et leur communauté comme constituant des priorités dans leur voie vers le changement. En réalité, la famille et la communauté sont le reflet des valeurs et sont indissociables de la motivation de l'individu au changement. Ainsi, pour démontrer de l'empathie, il importe :

- de démontrer qu'on fait des efforts pour comprendre avec exactitude le client ou la cliente – en se faisant une idée très claire de ce que ce serait de se mettre à la place du client ou de la cliente.
- d'accepter le client, car, ce faisant, on augmente les chances que celui-ci ferait des changements positifs.
- refléter ce que vient de dire le client ou la cliente (verbalement et non verbalement) car cela constitue une

compétence nécessaire dans l'utilisation de l'EM. Les gens sont plus enclins à envisager de faire des changements s'ils se sentent compris.

- C'est normal de se sentir incertain quant au changement.

Pour résumer, l'empathie consiste à regarder le monde à travers les yeux du client, à se mettre à la place de celui-ci, à dégager un sentiment sincère de vouloir l'aider, en le rassurant que si vous aviez été à sa place dans les mêmes circonstances, il est fort probable que vous auriez agi comme lui, à s'intéresser en toute bonne foi au client, en l'écoutant avec attention et confirmant que vous comprenez bien sa position. Ainsi, le client serait plus enclin à partager plus honnêtement et en profondeur ses expériences.

2. Développer les divergences - établir les liens

- Le changement se produit lorsque le comportement actuel d'un individu n'est pas conforme aux objectifs personnels importants ou aux valeurs de celui-ci. Par exemple, c'est souvent difficile pour quelqu'un qui est dépendant de l'alcool de vivre en harmonie avec soi-même, sa famille, sa communauté et son univers.
- L'établissement de liens constitue un point de départ et une façon de créer une carte heuristique des valeurs du client quant à ses expériences actuelles. Si le client n'a pas fait connaître ses valeurs, le conseiller devra glaner chez ce dernier sa manière de s'exprimer, laquelle constituerait le point d'ancrage pour celui-ci (par exemple, les enfants, le chien). Il est impératif que le conseiller pose des questions ouvertes afin d'obtenir des renseignements pertinents et personnels.

⁴ Tiré de Venner et coll. (2006), pages 17-18.

- Chacun a des rôles et des responsabilités au sein de sa communauté. Même si c'est juste une personne qui ne joue pas le sien, les gens et la communauté peuvent en subir les conséquences, surtout s'il s'agit d'une petite communauté. Des problèmes de consommation d'alcool peuvent faire en sorte que l'on ne soit pas un bon modèle ou que l'on ne puisse contribuer à sa famille et à sa communauté comme on aurait bien pu si on ne faisait pas face aux problèmes d'alcool. La consommation abusive d'alcool peut faire en sorte que les gens se sentent déconnectés de leurs familles et de leurs communautés et avoir le sentiment de ne pas vivre en harmonie ou en « beauté ».
- Le client ou la cliente et non le conseiller devrait être celui qui évoque des raisons du changement.
- Écouter attentivement lorsque le client fait savoir ce que constitue ses valeurs ou alors poser lui des questions ouvertes afin d'apprendre ce à quoi il accorde de la valeur et si sa consommation d'alcool nuit à un mode de vie conforme à ses valeurs.
- On espère qu'une fois que votre client aura compris que la consommation problématique d'alcool ne lui permet plus de rester fidèle à ses valeurs, il/elle sera plus motivé(e) à faire des changements à ces habitudes de consommation d'alcool. Si la consommation problématique d'alcool empêche quelqu'un de respecter ses valeurs, le changement de ces habitudes constituerait un bon pas vers une vie conforme à ses valeurs.

En d'autres termes, le conseiller aide le client ou la cliente à déterminer où il se trouve en ce moment et comment cela pourrait avoir une incidence sur ses valeurs et ses objectifs. La motivation au changement s'en trouve accrue lorsque le client reconnaît que son comportement actuel est en contradiction avec des valeurs et des objectifs qu'il s'est lui-même fixés.

3. Accompagner la résistance - surfer sur la vague

- Ne vous mettez pas en rogne pour le changement. Plus vous vous prenez la tête pour le changement, plus le client ou la cliente aura tendance à s'y opposer. Plus un client ou une cliente résiste au changement, moins il serait enclin à faire des modifications réussies.
- Ne prenez pas à bras-le-corps la résistance du client ou de la cliente ; essayez d'éviter toute brouille avec le client ou

la cliente.

- Invitez le client ou la cliente à partager son point de vue. Le conseiller ne devra pas imposer son propre point de vue sur un client/une cliente.
- Le client ou la cliente dispose des réponses et des solutions.
- Lorsque le conseiller perçoit de la résistance chez le client ou la cliente, il s'agit là d'un signal que l'on doit répondre différemment au client ou à celui-ci.

Pour récapituler, la résistance se produit lorsque le client ou la cliente estime que le conseiller lui impose ses propres points de vue et solutions. Cela peut aussi s'expliquer par le fait que le client ou la cliente a des sentiments mitigés par rapport au changement. Amenez-le à partager son point de vue. Le conseiller n'impose pas son propre point de vue sur le client ou la cliente. Les gestes et les déclarations traduisant une certaine résistance chez le client ou la cliente restent incontestés par le conseiller (répondre à la résistance par la non-résistance). Votre croyance en la capacité du client ou de la cliente à changer aide celui-ci à changer.

4. Encourager l'auto-efficacité – encourager l'identité de la personne

- Votre conviction que le changement est possible est un facteur de motivation important pour vos clients.
- Le client ou la cliente et non le conseiller est responsable de choisir et de réaliser le changement.
- Votre croyance en la capacité du client à changer aide celui-ci à changer.

Le sentiment d'auto-efficacité est la croyance du client ou de la cliente en sa capacité de pouvoir changer avec succès sa vie. Il s'agit d'une approche axée sur les points forts qui insuffle au client ou à la cliente de l'optimisme quant à sa capacité de modifier sa situation. Le conseiller s'attarde sur les réussites antérieures du client et aide celui-ci à déterminer les aptitudes et les atouts qu'il possède déjà, lesquels peuvent permettre au client d'apporter des changements à son mode de vie.

D'autres sources de soutien (les amis, la famille, la communauté, etc.) et la confiance en vos clients sont utiles. Il pourrait également s'avérer utile de bâtir une communauté de personnes ayant confiance en la capacité de votre client à modifier ses habitudes de consommation d'alcool et à contribuer à sa communauté. Les communautés ont besoin de tout le monde pour remplir leur rôle.

Selon Spence (2006), l'Entretien motivationnel comporte trois composantes majeures :

- **La Collaboration** – travailler en partenariat avec le client ;
 - **La Sollicitation** – apprendre du client ;
 - **La Responsabilisation** – aider le client à s'approprier la gestion de sa propre santé en permettant à celui-ci d'être bien informé et actif et : a) disposé à travailler en partenariat avec le système de santé; b) en mesure de faire des choix sains pour atteindre ses propres objectifs;
-
- **L'Autonomie** – le client est responsable du changement.

Des hypothèses de base sur l'Entretien motivationnel :

- La motivation est un état de réceptivité au changement qui fluctue dans le temps et au gré des situations.
- La motivation implique souvent l'interaction.

- Les personnes qui envisagent de changer ont souvent des sentiments mitigés; un phénomène que l'on qualifie d'ambivalence*.

Comme l'a fait remarquer Spence⁵, « l'Ambivalence est un aspect normal du processus de changement ». Des exemples de la différence entre l'EM et des styles non adaptés à l'EM sont notés ci-dessous⁵:

⁵ Richard Spence. (2006). BMI: Brief Motivational Interviewing. A Culturally Relevant Adaptation of Evidence Based Practice. Présentation PowerPoint

⁶ - Venner et coll. (2006)

*Veuillez noter que le tableau qui suit n'a pas été conçu par la FANPLD**, alors il n'a pas été traduit en français.

** Bien vouloir noter que depuis juin 2015, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) a changé de nom pour s'appeler Thunderbird Partnership Foundation, une division de la FANPLD Inc. Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web: www.thunderbirdpf.org.

Selon l'EMt (centré sur la personne)

Partenariat. Le counseling implique un partenariat qui honore la sagesse naturelle et le point de vue du client. Il pourrait être important d'inclure la sagesse et la participation de personnes faisant partie de la famille, du clan et de la communauté du client (assister à la séance, aide, soutien, etc.). Le conseiller favorise une atmosphère ouverte au changement mais n'oblige ni n'exige le changement.

Évocation. Le client possède les outils (le désir, les raisons, le besoin et la capacité de changement) à l'intérieur de lui-même. Il connaît aussi les ressources communautaires. D'encourager le client à décrire et partager ses réflexions, ses buts, son point de vue et ses valeurs augmente la motivation naturelle à vouloir changer.

Choix indépendant. Le conseiller soutient et favorise le droit et la capacité du client à déterminer et suivre la voie qu'il a choisie. Dans certaines communautés, il peut s'avérer important de savoir si le choix du client devrait inclure la sagesse d'autres personnes dans la communauté. Pour ce faire, le conseiller aide le client à faire des choix éclairés.

À l'encontre de l'EM (non centré sur la personne)

Confrontation. Le conseiller doit souligner et corriger la façon de penser erronée du client en l'obligeant à « sortir du déni » pour voir la « réalité ».

Éducation. Le conseiller croit que le client manque d'information importante, de perspective et/ou de compétences nécessaires au changement.

Autorité. Le conseiller dit au client quoi faire. Le conseiller sait ce dont le client a besoin pour « régler » le problème.

L'EM fait appel à une approche holistique et porte sur les besoins du client qui découlent des erreurs dans la vie, par opposition à la perception selon laquelle le client aurait des problèmes, que sa vie est brisée et a besoin d'être réparée ou dépannée. Le client, la famille et la communauté sont reliés dans le processus de l'EM. Ils sont entrelacés tout au long et entre les séances. En regardant le tableau ci-dessus en tant que personne autochtone, l'on interpréterait « relation » comme étant un terme plus pertinent au plan personnel et moins au plan clinique. Le terme « choix indépendant » peut aussi être perçu comme renvoyant à la famille et adapté à une réalité culturelle.

En général, le conseiller détermine où se situe le client dans ce modèle en faisant appel à l'empathie et aux connaissances culturelles. Les clients peuvent à différents moments avoir le sentiment d'être à une étape différente des six étapes du changement. Parfois, on pourrait avoir l'impression chaque fois que le client prend la parole que ce dernier se situe à une étape différente (Venner et coll., 2006). Par exemple, Venner et coll. (2006) font valoir qu'« un client peut dire des choses qui sont conformes à la phase 'action' et puis tout à coup il dit quelque chose se rapportant à ses doutes quant à la gravité de son problème. » - une indication de sentiments mitigés (étape de la contemplation).

Ce qu'il faut retenir de ce modèle est le fait d'écouter attentivement les clients et ne pas les devancer. Aussi, si vous remarquez que celui-ci a reculé à une étape précédente, il vaut mieux y retourner aussi; le but étant qu'on soit constamment à la même étape que les clients afin de les aider à parvenir au changement positif. Si on les devance, ils seront moins susceptibles d'avancer.

Il convient également de se rappeler que l'EM n'est pas fondé sur le modèle des étapes du changement. Celui-ci est plutôt complémentaire du modèle des étapes du changement (Martino et coll., 2011). Le modèle des étapes du changement doit être perçu comme constituant un moyen global de comprendre comment les gens changent et l'EM, lui, doit être perçu comme étant une méthode clinique qui aide les gens à se préparer au changement (Martino et coll., 2011).

Des interactions brèves comme type d'EM sont plus efficaces lorsqu'on amène le client à exprimer ses besoins et ses préoccupations et on adapte les messages en vue de donner suite à ces préoccupations et désirs¹. Les trois principales composantes de l'EM sont :

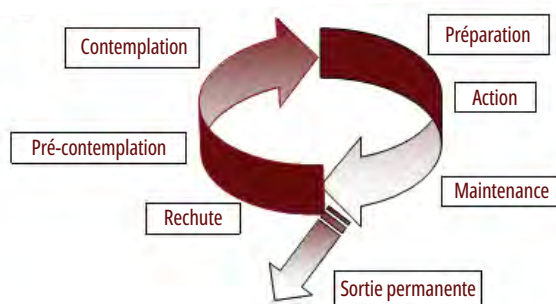
1. le dépistage de la consommation abusive d'alcool ;
2. des commentaires et des avis sur la réduction de la consommation ; et
3. des interactions motivationnelles mesurées, permettant

d'évaluer l'état de préparation, discuter du changement sur la base de l'état de préparation et établir des objectifs si le patient se montre prêt.

L'approche de l'Entretien motivationnel et des étapes du changement est également complémentaire des valeurs culturelles des Amérindiens et des natifs de l'Alaska (AIAN) et met l'accent sur l'écoute, l'apprentissage et le respect¹. Dans le modèle de Tomlin, une évaluation de processus semblable aux 6 étapes du changement est utilisée dans bien de milieux autochtones lors de l'examen des mesures prévues touchant la communauté — à savoir:

«... discuter du plan et de ses objectifs, mettre en œuvre le plan, évaluer la mise en œuvre et en faire des ajustements, en discuter les résultats et articuler des enseignements tirés du processus en vue d'éclairer de nouveaux objectifs et plans. Ce processus devrait autant que possible faire participer la communauté. Le modèle de la roue de médecine est indicateur de la manière dont les chercheurs et les praticiens ont travaillé ensemble pour mieux comprendre et appliquer l'approche de l'Entretien motivationnel (et les concepts clés des étapes du changement) en vue de mettre au point un manuel destiné aux conseillers traditionnels, lequel permet à ces derniers de répondre aux besoins des conseillers qui desservent des populations autochtones.»⁹

Certains conseillers ont une plus grande facilité à intégrer l'EM dans leur esprit lorsqu'ils connaissent avec les étapes du modèle du changement. Nous avons pensé l'inclure pour vous pour que vous puissiez cerner où votre client se situe en lien avec sa « préparation au changement ».



¹⁴ Venner, Feldstein, and Tafoya.

¹⁵ Steve Martino, et al., *A Nurse-Delivered Brief Motivational Intervention for Women Who Screen Positive for Tobacco, Alcohol, or Drug Use: An Intervention Manual for Project START* (Screening To Augment Referral and Treatment), (National Institute on Drug Abuse, 2011).

¹⁶ Martino, et al.

¹⁷ Spence.

¹⁸ Tomlin, K., et al., *Motivational Interviewing: Enhancing Motivation for Change – A Learner's Manual for the American Indian/Alaska Native Counselor*, (Portland: One Sky National American Indian Alaska Native Resource Center for Substance Abuse Services, 2005): 7.

¹⁹ Tomlin, et al., 8.

²⁰ Venner, Feldstein, and Tafoya, 41.

Compétences et stratégies en matière d'Entretien motivationnel

(OARS - Open-ended questions, Affirmations, Reflections or reflective listening, Summaries)

De nombreux défenseurs de l'EM (Spence, 2006 ; SAMHSA, 1999 et Venner et coll., 2006, Miller et Rollnick, 2002) suggèrent le recours à la stratégie OARS lors des interventions auprès des clients :

- 1) **Open-Ended Questions- les questions ouvertes**
- 2) **Affirming- l'usage d'affirmations**
- 3) **Reflective Listening- l'écoute réflexive**
- 4) **Summarizing - le résumé**

Les questions ouvertes (Open-ended questions) sont celles auxquelles on ne peut facilement répondre brièvement par oui ou non. Ce genre de questions amènent le client ou la cliente à réfléchir de manière plus approfondie sur un sujet et l'aident à explorer les raisons et la possibilité de changer. Par exemple:

- *Dans quelle mesure pensez-vous que votre consommation d'alcool a nui à votre vie familiale ?*
- *Comment votre consommation d'alcool a-t-elle eu des répercussions sur vos relations avec vos collègues ?*
- *Pouvez-vous me donner un exemple d'un temps où vous étiez heureux avant de commencer à boire ?*

Les affirmations sont des énoncés qui reconnaissent les forces du client. L'usage d'Affirmations peut aider le client à se voir de manière plus positive et croire en la possibilité du changement. Pour qu'elles soient efficaces, les affirmations doivent être réelles et honnêtes. Comme le relève Tomlin, «l'affirmation sincère peut améliorer le sens de bien-être du client ou de la cliente. À travers l'affirmation, le conseiller laisse transparaître la compréhension et de l'empathie des luttes du client ou de la cliente. L'affirmation exploite les forces et les réussites passées du client ou de la cliente. Les affirmations

fonctionnent le mieux lorsqu'elles sont axées sur quelque chose qu'a fait ou dit le client ou la cliente.»¹⁰ L'usage de conte est une bonne façon d'incorporer des affirmations lors des interventions auprès des clients autochtones. Une histoire positive pourrait rappeler le client ou la cliente qui il/elle est, du fait des racines de celui-ci. Une autre technique d'affirmation est de reconnaître les bonnes actions. Par exemple:

- *Merci d'être venu(e) aujourd'hui.*
- *J'apprécie comment c'est dur de devoir écouter vos proches se plaindre de votre comportement.*
- *Vous avez travaillé assidument sur ces devoirs ; cela se voit dans le travail que vous avez effectué.*
- *Cette réunion a provoqué beaucoup d'émotions pénibles. Merci d'avoir tenu jusqu'au bout.*

En entretien motivationnel, l'usage de reflet (**Reflections**) ou de l'écoute réflexive en est une aptitude majeure. En reflétant les propos que vient de tenir le client, celui-ci se rassure que le conseiller l'écoutait vraiment et en vient à croire que ce dernier comprend bien le problème du point de vue du client. Le conseiller peut aider à orienter le client ou la cliente vers un changement positif, en reflétant les déclarations de sentiments négatifs du comportement actuel et des objectifs positifs du client ou de la cliente. L'écoute réflexive favorise l'expression d'empathie, le premier principe directeur de l'entretien motivationnel. Par exemple:

- *Vous semblez dépasser par les événements récents ; souhaitez-vous nous en faire part ?*
- *Par le son de votre voix, vous vous sentez anxieux ; dites-moi, qu'est-ce qui se passe ?*

¹⁰ Ibidem, page 26.

Le **résumé (summaries)** constitue un type spécial de reflet par lequel le conseiller récapitule ce dont ils ont parlé à cette séance et permet au client ou à la cliente de se préparer à progresser vers la réalisation de ses buts. (Miller & Rollnick, 2002). Vous voudrez peut-être essayer quelques questions ouvertes pour engager le client ou la cliente et promouvoir le changement dans son comportement. Par exemple:

- Reconnaissance du problème : comment vous sentez-vous par rapport à votre consommation d'alcool actuelle (ou par rapport à votre santé) ?
- Expression de préoccupation : quels sont vos soucis concernant votre consommation d'alcool (ou par rapport à votre santé) ?
- Intention de changer : que voulez-vous faire pour y remédier ?
- Optimisme : qu'est-ce qui vous fait croire que c'est maintenant le meilleur moment pour commencer ?

Par ailleurs, essayez également de transformer les questions fermées en des questions ouvertes, par exemple :

Question fermée – buvez-vous beaucoup d'alcool en soirée ?

Question ouverte – quelle quantité d'alcool buvez-vous en soirée ?

Question fermée – vous voulez réduire votre consommation d'alcool ?

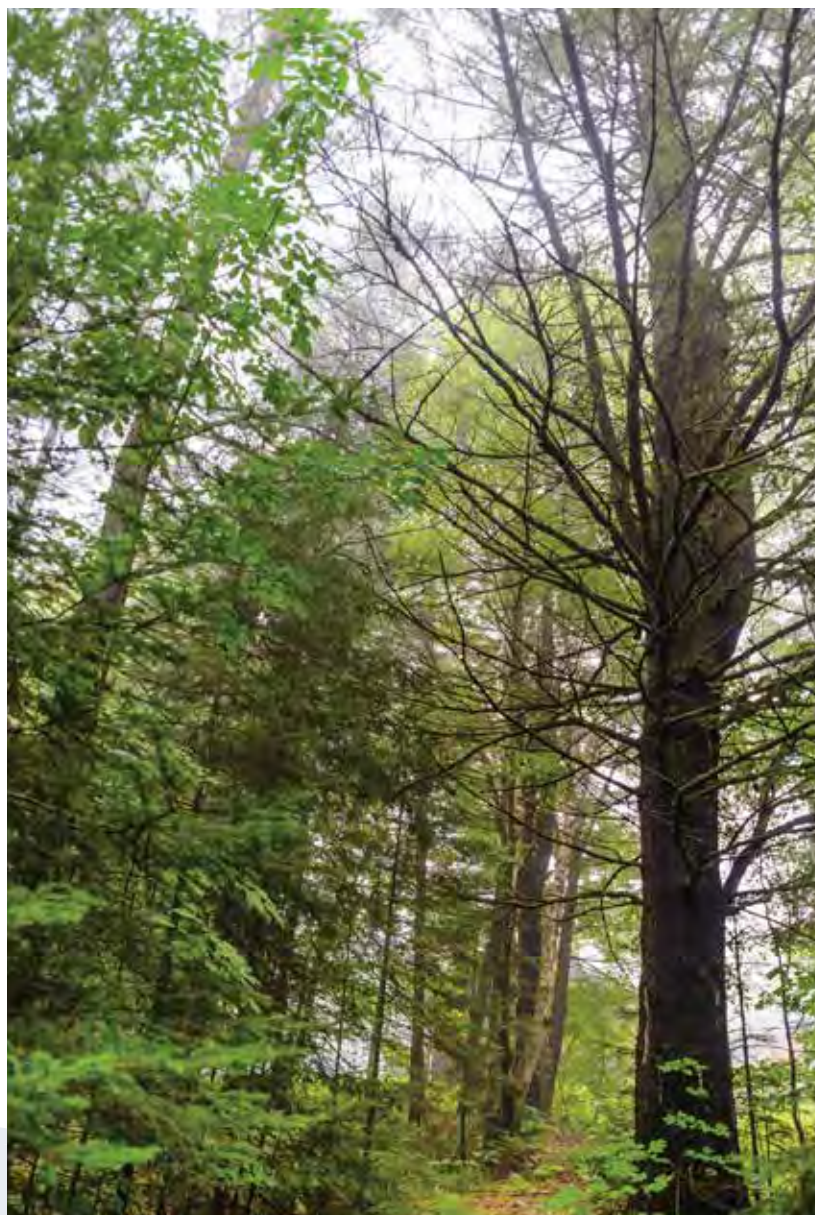
Question ouverte – que pensez-vous de l'idée de faire des changements à votre consommation d'alcool ?

Question ouverte – que pourrait vous pousser à vouloir à réduire votre consommation d'alcool ?

Question fermée – savez-vous que trop boire d'alcool peut être dangereux

Question ouverte - que savez-vous sur les dangers liés à une consommation excessive d'alcool ?

Question ouverte - comment vous sentez-vous quand vous buvez trop d'alcool ?



Exercice d'écoute réflexive

L'écoute réflexive est un processus empathique qui veut que l'on ..

- prête une oreille à ce qu'a à dire autrui avec empathie culturelle;
- devine ce que celui-ci veut dire; et
- donne une voix à ce que l'on a deviné sous forme d'énoncé

Formuler des énoncés de réflexion

Pour les débutants...

- On dirait que vous n'êtes pas prêt d'arrêter de boire.
- Il semble que vous ayez des difficultés à vous souvenir des choses.
- On dirait que vous vous sentez coupable de votre consommation d'alcool.
- On peut déduire de vos propos que vous avez du mal à modérer votre consommation d'alcool.

À mesure que vous vous améliorez, vous pouvez raccourcir les énoncés de réflexion...

- Vous n'êtes pas prêt d'arrêter de boire.
- Vous avez du mal à vous souvenir des choses.
- Vous vous sentez coupable de votre consommation d'alcool.
- Donc, vous avez du mal à modérer votre consommation d'alcool.

Niveaux de réflexion

- 1) L'Écoute réflexive soutenue
- 2) La Répétition – on répète ce que dit le patient
- 3) La Reformulation – on commence à donner un nouveau sens
- 4) La Paraphrase – on approfondit ce que le patient veut dire
- 5) Le Sentiment réflexif – reflète un niveau plus profond

La règle générale : commencer par des réflexions plus simples et les approfondir à mesure que la compréhension s'accroît.

Essayez ceci :

- Partagez avec un ou une collègue un comportement que vous cherchez depuis à changer, mais vous n'y parvenez pas.

- Une personne écoute tandis que l'autre parle.
- Au bout de 1,5 minute, la personne qui écoutait se sert des énoncés de reflet pour résumer ce que disait l'autre personne, en y ajoutant au moins un énoncé de « sentiment ».

La valeur de l'écoute réflexive empathique :

- elle rassure la personne que vous l'écoutez et l'encourage à vous en dire plus.
- on la perçoit comme neutre et exempt de jugement.
- elle permet aux clients de vous entendre répéter/reformuler ce qu'ils disent afin d'y réfléchir davantage.
- elle permet à la personne de préciser ses pensées.

Alors, une fois cette autre étape en entrevue motivationnelle franchie (Spence, 2006), il vous est à présent possible de vous servir de vos réflexions pour promouvoir le changement :

- « Donc si vous pouviez trouver une façon de vous détendre sans consommer d'alcool, vous sentiriez-vous mieux. »
- « Votre consommation d'alcool nuit à votre capacité à faire des choses que vous devez faire. »
- « Vous êtes inquiet(e) que si vous ne faites rien concernant votre consommation d'alcool, vous puissiez oublier quelque chose de vraiment important. »
- « Vous éprouvez beaucoup de douleur et avez besoin de trouver un moyen d'améliorer les choses. »
- « Donc vous vous dites qu'il faut parfois réduire votre consommation d'alcool. »
- « Vous avez peur que quelque chose de vraiment mauvais puisse vous arriver si vous continuez à trop boire d'alcool. »
- « Vous avez essayé de réduire votre consommation d'alcool, mais vous n'avez pas pu. »
- « Vous vous demandez comment vous pouvez réduire votre consommation d'alcool alors que tous vos amis continuent d'en consommer. »

Mise en pratique de l'Entretien motivationnel en milieu clinique

On entend par intervention motivationnelle toute stratégie clinique qui vise à améliorer la motivation du patient au changement. Elle peut s'effectuer par le counseling, l'évaluation du client, en plusieurs séances, ou en une intervention brève de trente minutes. Il existe dans *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment* de SAMHSA (1999)¹¹ une série d'hypothèses sur la nature de la motivation qui vous aidera aussi dans votre travail auprès des clients :

- La motivation est un élément clé du changement.
- La motivation est multidimensionnelle.
- La motivation est un état dynamique et fluctuant.
- La motivation est interactive.
- La motivation peut être modifiée.
- Le style ou l'attitude du clinicien a une incidence sur la motivation du client ou de la cliente.

Le conseiller peut se servir des stratégies suivantes afin d'incorporer ces hypothèses au sujet de la motivation tout en encourageant un client ou une cliente à changer de comportement toxicomane :

- être culturellement compétent. Connaître l'histoire de la communauté et les expériences de vie intergénérationnelles. miser sur les points forts du client plutôt que sur les faiblesses de celui-ci.
- mettre l'accent sur les besoins holistiques du client ou de la cliente
- respecter les décisions et l'autonomie du client ou de la cliente. privilégier un traitement individualisé et centré sur le client ou la cliente.
- ne pas dépersonnaliser le client ou la cliente en utilisant des étiquettes comme « accros » ou « alcoolique ».
- développer une relation thérapeutique.
- faire preuve d'empathie et non d'autorité ou de pouvoir. mettre l'accent sur les interventions précoces.
- reconnaître que les troubles de toxicomanie se présentent sur un continuum.
- reconnaître que beaucoup de clients ou clientes ont plusieurs

troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues.

- reconnaître que certains clients ou clientes peuvent avoir d'autres troubles coexistants (des problèmes de santé mentale et de toxicomanie) ayant une incidence sur toutes les étapes du processus de changement.
- accepter de nouveaux objectifs de traitement qui font appel à des étapes provisoires, progressives et même temporaires vers les objectifs ultimes.
- intégrer le traitement de la toxicomanie dans d'autres services des fournisseurs de soins de santé.

L'EM est un succès lorsqu'on parvient à :

- exprimer de l'empathie par l'écoute réflexive.
- communiquer son respect pour le ou la cliente, ainsi que ses sentiments, et l'accepter .
- établir une relation de collaboration sans porter de jugement.
- développer des compétences culturelles avec le client ou la cliente
- être un consultant solidaire et bien informé.
- complimenter plutôt que dénigrer.
- écouter plutôt que de dire.
- persuader doucement, tout en étant conscient du fait qu'il revient au client ou à la cliente de vouloir changer.
- apporter du soutien tout au long du processus de récupération.
- développer de la divergence entre les objectifs ou les valeurs des clients et leurs comportements actuels ; aider les clients à constater les écarts entre où ils sont et où ils espèrent être.
- éviter l'argument et la confrontation directe pouvant dégénérer en problèmes de rapports de force.
- s'ajuster plutôt que de s'opposer à la résistance du client ou de la cliente.
- soutenir l'identité du soi et l'optimisme : miser sur les points forts des clients en vue d'appuyer l'espoir et l'optimisme nécessaires pour faire changer.

Si vous adoptez l'EM comme style clinique, les cinq stratégies¹² suivantes vous seront particulièrement utiles au tout début de votre travail auprès des clients:

11 Center for Substance Abuse Treatment. *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35. HHS Publication No. (SMA) 12-4212. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999.

12 - Ibidem, Page xx

1. poser des questions ouvertes : on ne peut répondre aux questions ouvertes par un seul mot ou une seule locution. Par exemple, au lieu de dire: « aimez-vous boire? » dites plutôt: « Quelles sont certaines choses que vous aimez quant à la consommation d'alcool? »
2. écoutez de façon réflexive : démontrer que vous avez entendu et compris le client en réfléchissant à ce qu'a dit celui-ci.
3. résumer : il importe de récapituler périodiquement où on en est jusqu'ici lors d'une séance de counseling.
4. affirmer : soutenir et commenter sur les forces, la motivation, les intentions et le progrès du client ou de la cliente.
5. provoquer des déclarations de motivation personnelle : amener le client à faire connaître ses préoccupations et intentions personnelles, plutôt que de tenter de convaincre celui-ci de la nécessité du changement.



Évaluation de compétences en EM – Vos compétences s'améliorent-elles ?¹³

Vos clients sont vos meilleurs enseignants de l'EM.

L'écoute réflexive...

- Si votre réflexion s'avère précise, votre client ou cliente sera d'accord avec vous (n'oubliez pas qu'un simple accord pourrait ne pas signifier qu'ils sont vraiment d'accord avec vous) et généralement continuera à parler du sujet de façon plus approfondie. Ou alors s'il s'agissait d'un énoncé sommaire et le client vous dit que votre compréhension a été exacte, vous pouvez passer à un autre sujet ou utiliser une question « clé » sur ce que consistera la prochaine étape pour le client ou la cliente.
- Si vous vous êtes trompé, soit votre client vous corrigera (bon résultat) ou il cessera de parler (mauvais résultat). Il faut s'attendre parfois d'émettre un reflet incorrect; cependant,

trop de reflets incorrects auraient pour conséquence la perte de patience par le client.

- Si votre client vous paraît trop agréable, cela pourrait être un signe de non-engagement ou alors cela voudrait dire qu'il est d'accord avec vous juste par respect.

Si votre client fait des déclarations de résistance ou d'opposition...

- cela pourrait signifier qu'il vous faille mettre fin à ce que vous faites et réfléchir sur la résistance en vue de bien comprendre les raisons de celle-ci et tenter de nouveau de faire « équipe » avec le client et travailler en partenariat avec celui-ci.

Si votre client fait des déclarations de changement ...

- il s'agira là d'un bon signe ! Continuez à faire ce que vous faites et permettez au client de poursuivre avec ce qu'il est en train de faire. Réfléchissez sur ces déclarations de changement et demandez plus de détails et d'autres exemples au client. Rassurez-vous que le moment est bien indiqué pour évoquer la mise sur pied d'un plan de changement ou de se référer au plan de changement déjà en place.

Si votre client fait des déclarations de résistance et de changement...

- essayez d'utiliser le reflet double. N'oubliez pas d'exprimer aussi bien les déclarations de résistance que celles de change-

ment, commençant par celles de la résistance et terminant avec celles du changement.

- essayez d'explorer plus en détail la résistance
- explorer les obstacles au changement

Soyez attentif(ve) à vos propres sentiments...

- Si votre relation avec le client se détériore, généralement, votre client et vous en rendrez compte. Vous pourriez vous dire « uh oh » ou sentir un nœud dans l'estomac ou commencer à vous serrer les dents. Cela est souvent un signe qu'il vous faille arrêter ce que vous faites et essayer autre chose.
- Vous voudrez peut-être envisager de consulter d'autres professionnels.

Un scénario de pratique de l'EM¹⁴

« L'histoire de JOE L. – historique et contexte »

Joe L. est un Apache de 40 ans. Il a été agué au Centre de traitement et de bien-être pour un traitement de 90 jours par le Tribunal de la famille.

Joe vit avec sa petite amie de 7 ans, Regina. Ils ont des jumeaux de 5 ans. La petite amie de Joe travaille à l'usine d'électronique tribale voisine. Joe est actuellement au chômage après avoir subi une blessure au dos en veillant sur les troupeaux. Il travaillait comme éleveur de bovins pour l'industrie du bétail de la tribu.

Joe reste chez sa mère âgée quand il boit. La mère de Joe est très traditionnelle et parle très peu l'anglais. Elle mène une vie traditionnelle, cuisine sur un poêle à bois, s'approvisionne en eau depuis un puits, élève quelques chèvres et poules et a un petit jardin où elle cultive le maïs, le haricot et le piment. Joe a cinq frères et deux sœurs ; ils sont tous mariés et vivent hors de la réserve.

Joe consomme beaucoup d'alcool presque tous les jours. Il a commencé à consommer l'alcool quand il n'avait que 12 ans dans un pensionnat en Californie, d'où on l'avait renvoyé à sa réserve dès sa première année de l'école secondaire et il n'avait jamais terminé l'école. La plupart des frères de Joe font face

également au problème d'alcool. Ils ont tous quitté la maison à un jeune âge, car ils avaient été envoyés dans des internats et ils étaient entrés dans l'armée par la suite.

Regina a traduit Joe devant le Tribunal de famille à la suite d'une mésentente conjugale entre eux. Elle s'est dite frustrée par le fait que Joe ne s'occupait plus de sa famille en raison de sa consommation d'alcool. Elle a menacé d'imposer une ordonnance de non-communication sur Joe, si son comportement ne s'améliore pas.

Bien que Joe fut en colère contre Regina pour lui avoir donné cet ultimatum, il avait accepté d'aller suivre le traitement. Pour lui, obtenir des services de counseling était une façon de montrer au Tribunal que ce n'était pas de sa faute s'il ne travaillait pas et que ce n'est pas de sa faute non plus si Regina et lui se disputaient tout le temps. Après tout, pense-t-il, Regina consomme l'alcool elle aussi. Il pense qu'elle n'est pas une bonne mère et qu'elle ne subvient pas aux besoins de sa famille elle aussi.

Imaginons que c'est la première séance de Joe avec vous comme thérapeute. N'hésitez pas à regarder le corrigé au verso tout au long de cette section !

¹⁴ Venner et coll., 2006: Pages 69-73.

Quelle est la première chose que vous, en tant que thérapeute en EM, diriez à Joe pour démarrer la séance ?
(vous pouvez écrire sur les lignes ci-dessous)

Vous sentez-vous bloqué(e)? Voici un indice pour vous aider... !

Vous pouvez commencer par vous présenter et une déclaration structurante. En voici un exemple:

Bonjour, je m'appelle Kamilla Venner. Je viens d'une tribu de l'Athabaska en Alaska. Je suis votre conseiller aujourd'hui. Je suis spécialiste en toxicomanie, et j'aime travailler avec toutes sortes de gens. Je sais qu'il faut beaucoup de courage pour venir ici. Merci d'être venu aujourd'hui.

Permettez-moi de vous donner un petit aperçu de ce que nous allons faire ensemble. On passera 50 minutes ensemble aujourd'hui, et on utilisera ce temps comme bon nous semble. Tout ce que vous dites ici sera tenu confidentiel à moins que vous mentionniez une quelconque intention de faire du mal à autrui ou à vous-même ou un quelconque mauvais traitement envers un enfant ou une personne âgée. Avez-vous des questions ? (Sinon, répondez aux questions)

Dites-moi ce qui vous a amené ici aujourd'hui. Disons que Joe répond en disant ceci :

Joe : Je suis venu parce que la Cour m'a dit que je devais venir ici.

1) Que pourriez-vous dire par la suite ? (Indice : essayer de montrer votre acceptation des raisons de la présence en ces lieux de Joe.

Essayez de faire usage du reflet).

Alors, disons que votre reflet s'est plutôt bien passé. Maintenant, Joe dit :

Joe : Je ne sais pas ce qu'ils comptent me faire faire ici.

2) Qu'allez-vous dire maintenant ? (Indice : essayez de faire usage d'un autre reflet afin de parvenir au sens sous-jacent.)

Maintenant, Joe dit :

Joe : Eh bien, ce n'est pas ma première expérience. Et la dame ne m'avait pas aidé. Elle m'avait juste fait parler de mes sentiments.

3. 3. Vous faites bon usage du reflet– gardez le cap!

Maintenant, Joe dit :

Joe : Je ne vois pas quel bien parler ainsi me ferait.

4. En s'inspirant des techniques de l'EM , dites quelque chose à Joe qui lui fera savoir que vous souhaitez travailler avec lui...

Ayant entendu que vous souhaitez travailler avec lui comme des partenaires, Joe dit :

Joe : Hein. C'est dingue, cette histoire !

5. Étant donné que vous pratiquez le reflet, ce serait bien de vous entendre en utiliser un autre.

Avec de bons reflets, il y a de fortes chances que Joe et vous travailliez bien ensemble. Alors, maintenant, Joe dit :

Joe : Alors, je suppose, dois-je parler du fait que je suis alcoolique ? Et dois-je aller aux réunions des alcooliques anonymes (AA) ?

6. Il vous a posé des questions importantes – n'hésitez pas à y répondre, mais essayez de faire usage des techniques de l'EM ou de reflet. Joe n'y comprendra pas grand-chose, parce que les techniques de l'EM sont différentes de ce dont il est habitué. Il vous le fait savoir en disant :

Joe : Alors qu'allons-nous faire ici ?

7. Encore une fois, Joe vous a posé une question, n'hésitez pas à y répondre – n'oubliez pas de vous en tenir aux techniques de l'EM ou de reflet !

Selon les techniques de l'EM, vous permettez à Joe d'orienter le cours de la séance. Bien que Joe soit venu à la séance en raison de sa consommation d'alcool, voici ce dont veut parler Joe:

Joe : Eh bien, je viens de me blesser au dos.

8. Afin de continuer à travailler ensemble, que lui diriez-vous ?

Joe remarque que vous n'essayez pas de disputer avec lui quant à qui mène la séance, et que vous le laissez orienter la conversation. Alors, Joe continue :

Joe : Ouais et maintenant j'ai perdu mon emploi à cause de cela. Et ma copine ne cesse de m'embêter de ne pas aider à payer les factures. Mais ce n'est pas à cause de ma consommation d'alcool. C'est ce qu'elle dit. Mais elle est tout aussi mauvaise ; elle boit tout le temps, elle aussi.

9. Voyons comment vous faites de nouveau appel à certaines de vos compétences de réflexion : (Indice : essayez le reflet double)

Merci d'avoir essayé de nouveau vos compétences de réflexion. Vous saurez si votre reflet a bien fonctionné si Joe continue à parler sans être interrompu. Il a dit :

Joe : Je bois seulement parce que je suis au chômage et je n'ai pas grand-chose à faire pendant la journée. Je ne boirais pas si j'avais un emploi.

10. Vous n'avez pas besoin de trop de reflets lorsque vous faites recours aux techniques de l'EM ! (La règle directrice veut qu'on essaye d'utiliser au moins deux reflets par question lorsqu'on fait recours à l'EM.) Mais, vous pouvez faire mieux que ça ! En fait, vous êtes si bon que vous pouvez même en utiliser un autre.

Ce qui est bien avec les reflets c'est que le client continue à parler. Maintenant, Joe dit :

Joe : Je sais que je devrais faire plus à la maison. Ma mère est vieille et a besoin d'aide aussi ; je ne peux pas tout faire avec mon mal de dos et ma copine ne comprend pas. Si seulement on pouvait me laisser tranquille .

11. Regardons un autre reflet !

Disons que vos reflets ont réussi à faire en sorte que Joe sent que vous êtes avec lui. Il vous le fait savoir en disant :

Joe : C'est vrai ! Ce n'est pas grave!

12. Essayons de savoir pour quelle autre raison Joe pourrait boire de l'alcool. Pourquoi pas une brève déclaration récapitulative qui permet à Joe de savoir que vous l'avez entendu ? Et PUIS essayons une question ouverte pour susciter un langage de changement .

Joe répond à votre question ouverte en disant :

Joe : Parfois, je me laisse emporter un peu. C'est tout.

13. Joe vient de vous ouvrir une grande porte. Terminons cet exercice avec une question ouverte – à vous de choisir!

Fiche-conseil de l'EM¹⁵

Voici quelques réponses qui, à notre avis, peuvent être données à Joe. Ces réponses ne sont pas exhaustives ; elles visent juste à servir de lignes directrices alors que vous commencez à mettre en pratique des reflets dans vos entretiens avec vos clients résistants. Pour chaque réponse, nous avons fourni trois réponses possibles et selon les catégories « Chaude », « chaleureuse » et « Froide » :

- Chaude : vous êtes expert en EM ! Il s'agit là d'une des réponses de l'EM les plus récurrentes.
- Chaleureuse : vous êtes sur la bonne voie! Vous êtes bel et bien dans le registre des bonnes pratiques en EM.
- Froide : Oups, essayez encore! Celle-ci ne relève pas de l'EM. - Ne jamais l'utiliser en 1 million d'années !

Exemples:

Chaude: « Vous ne voulez vraiment pas être ici. » (Dit de façon chaleureuse et encourageante)

Chaleureuse: « la Cour vous a demandé de venir. »

Froide: « Eh bien, il vaudrait mieux que vous reveniez quand vous êtes prêt pour le changement et non seulement parce que la Cour vous a envoyé ici. »

Chaude: « Parlez-moi un peu plus à ce sujet. » (Dit de façon chaleureuse et encourageante) « Vous vous demandez si le counseling peut vous être utile. »

Chaleureuse: « la Cour vous a demandé de venir. »

Froide: « Oui, votre dossier laisse entendre que vous étiez dans le déni. »

Chaude: « Votre expérience avec la thérapie a été mauvaise, et vous craignez que cette fois-ci l'expérience en soit la même ».

Chaleureuse : « Vous ne voulez pas être ici. »

Froide : « Vous êtes un homme, alors vous aurez beau tout faire pour parler de vos sentiments, vous n'y parviendrez pas. »

Chaude: « Eh bien, je n'en sais rien sur votre précédente expérience de thérapie, mais j'ai espoir que nous allons travailler ensemble, pas que je vous ferai faire quoi que ce soit. »

Chaleureuse: « Essayons de travailler ensemble. »

Froide: « La thérapie ne vous a rien fait de bon parce que vous n'avez pas admis que vous avez un problème d'alcool. »

Chaude: « Ce n'est pas ce à quoi vous vous attendiez. »

Chaleureuse: « vous ne le croyez pas. »

Froide: « C'est insensé? S'il y a quelque d'insensé ici, c'est vous. »

Conseil : Évitez de mettre prématurément l'accent sur les objectifs du traitement et l'étiquetage. Assurez-vous de mettre l'accent sur le libre arbitre !

Chaude: "Vous ne devez pas parler de ce que vous ne voulez pas et vous ne devez pas faire ce que vous ne voulez pas faire. C'est vraiment à vous de décider. »

Chaleureuse: « Vous êtes inquiet qu'on dise que vous êtes alcoolique et devoir à aller à la réunion des alcooliques »

Froide: « Vous êtes alcoolique, avouez-le ! Eh oui, vous devez aller à l'AA. »

Chaude: « J'aimerais que ce temps qu'on passe ensemble vous soit utile, alors on pourrait commencer par parler de ce qui vous semble plus important. »

Chaleureuse: « Vous ne savez pas en quoi le counseling consiste. »

Froide: « Nous essayerons de surmonter votre déni! »

Chaude: « Cela doit être pénible. »

Chaleureuse : « Vous voulez passer tout le temps de cette séance à ne parler que de votre dos. »

Froide: "Oh non ! Je parie que vous êtes accro aux anti-inflammatoires aussi!"

Chaude : « Votre copine pense que votre chômage est dû à votre consommation d'alcool, mais vous n'en êtes pas très certain(e). »

Chaleureuse: « Vous pensez que votre copine a tort. »

Froide: « Vous pensez que vous avez perdu votre emploi à cause de votre dos ? Voyons mon pote, évidemment c'est à cause de votre consommation d'alcool. »

Chaude: « Donc, boire vous aide à passer le temps, mais si vous aviez plus de responsabilités, vous boiriez moins. »

Chaleureuse: « En ayant un emploi, vous boiriez moins. »

Froide: « Mais vous consommez de l'alcool depuis que vous avez 12 ans. »

Chaude: « Vous auriez aimé que votre petite amie soit plus compréhensive. C'est seulement à cause de la douleur que vous buvez ». (Notez : le fait que Joe mentionne sa mère peut être une occasion de s'attarder sur l'identification culturelle et les rôles traditionnels).

Chaleureuse : « Vous auriez aimé que votre petite amie soit plus encourageante. »

Froide: « Ne vous rendez-vous pas compte que vous vous racontez des histoires ? C'est l'alcool qui parle. »

Chaude: « Certains des aspects positifs de l'alcool pour vous sont qu'il vous aide à passer le temps et à soulager votre douleur. Quels sont pour vous certains aspects moins bons liés la consommation d'alcool ? »

Chaleureuse: « D'accord. Que diriez-vous des manières dont la consommation d'alcool a été un problème pour vous? »

Froide: « Tout ça, c'est de votre faute, n'est-ce pas? »

Chaude: « Parlez-moi un peu plus de se laisser emporter. »

Chaleureuse: « Parfois, votre consommation d'alcool devient totalement incontrôlable. »

Froide: « Ne vous rendez-vous pas compte que vous minimisez votre consommation d'alcool? »

REMARQUE...

« Une fois des compétences en termes d'écoute active acquises, ces trois étapes s'effectuent de façon automatique, naturelle, en douceur et rapidement. L'écoute active permet de gagner du temps en diminuant ou empêchant la résistance, elle permet au client ou à la cliente et au clinicien de rester concentrés, favorise la révélation de soi et aide le client ou la cliente à se rappeler ce qui a été dit lors de l'intervention. »

(SAMSHA, 1999)

16 - Center for Evidence-Based Practices. (2012). Motivational Interviewing, an evidence-based treatment: Encouraging Motivation to Change. Am I Doing this Right? Document PDF : www.centerforebp.case.edu

Veuillez noter que ce qui suit n'a pas été conçu par la FANPLD, alors il n'a pas été traduit en français.

« Suis-je sur la bonne voie¹ ? L'aide-mémoire qui suit est un outil auquel vous pouvez rapidement vous référer afin de vous assurer que vous êtes sur la bonne voie en ce qui concerne vos techniques en EM. – Bonne chance avec vos nouvelles compétences !

Encourager la motivation à vouloir changer Est-ce que je le fais comme il se doit?

1. ✓ **Est-ce que j'écoute plus que je ne parle?**
✗ Ou est-ce que je parle plus que je n'écoute?
2. ✓ **Est-ce que je demeure sensible et ouvert/e aux difficultés de cette personne quelles qu'elles soient?**
✗ Ou est-ce que je parle de ce que je crois être la difficulté?
3. ✓ **Est-ce que j'invite cette personne à parler de ses propres idées et à les explorer en vue du changement?**
✗ Ou est-ce que je saute aux conclusions et solutions possibles?
4. ✓ **Est-ce que j'encourage cette personne à parler de ses raisons de ne pas vouloir changer?**
✗ Ou est-ce que je l'oblige à ne parler que de changement?
5. ✓ **Est-ce que je lui demande la permission avant d'exprimer mon avis?**
✗ Ou est-ce que je présume que mes idées sont ce qu'elle a vraiment besoin d'entendre?
6. ✓ **Est-ce que je rassure cette personne que l'ambivalence envers le changement est normale?**
✗ Ou est-ce que je lui dis de passer à l'action et de foncer pour trouver une solution?
7. ✓ **Est-ce que j'aide cette personne à identifier les réussites et les défis de son passé tout en les reliant à ses efforts actuels pour changer?**
✗ Ou est-ce que je l'encourage à ignorer ou à rester pris dans de vieilles histoires?
8. ✓ **Est-ce que je cherche à comprendre cette personne?**
✗ Ou est-ce que je passe beaucoup de temps à essayer de la convaincre de me comprendre, ainsi que mes idées?
9. ✓ **Est-ce que je résume ce que j'entends pour cette personne?**
✗ Ou est-ce que je résume seulement ce que je pense?
10. ✓ **Est-ce que j'accorde plus de valeur à l'opinion de cette personne qu'à la mienne?**
✗ Ou est-ce que j'accorde davantage de valeur à mon point de vue?
11. ✓ **Est-ce que je me rappelle que cette personne est en mesure de faire ses propres choix?**
✗ Ou est-ce que je présume qu'elle est incapable de faire de bons choix?

Outils et ressources choisis

Cahiers d'exercices ou manuels adaptés à l'EM

1.1. Téléchargez et lisez ce qui suit afin d'explorer davantage les techniques de l'Entretien motivationnel d'un point de vue autochtone :

Disponible en anglais seulement :

Kathleen Tomlin, MS, LPC, CADC-3, R. Dale Walker, M.D. and Jane Grover. (2006). Trainer's Guide to Motivational Interviewing: Enhancing Motivation for Change—A Learner's Manual for the American Indian/Alaska Native Counselor.

2. Une autre source de renseignement complète sur l'Entretien motivationnel :

Disponible en anglais seulement :

Martino, S., Ball, S.A., Gallon, S.L., Hall, D., Garcia, M., Ceperich, S., Farentinos, C., Hamilton, J., and Hausotter, W. (2006) Motivational Interviewing Assessment: Supervisory Tools for Enhancing Proficiency. Salem, OR: Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center, Oregon Health and Science University.

3. Le texte original sur l'Entretien motivationnel a été récemment révisé et est à présent à sa troisième édition :

Disponible en anglais seulement :

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). Motivational Interviewing: Helping people change (3rd edition). New York: Guilford Press.

4. Une excellente ressource et un guide pratique avec plusieurs exercices et conseils à utiliser lors des interventions auprès des clients :

Disponible en anglais seulement :

Rosengren, D. B. (2009). Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook. New York: Guilford.

5. Il y a aussi un texte qui traite de l'EM destiné aux adolescents et aux jeunes adultes, et qui emploie plusieurs exemples appropriés aux différents âges:

Disponible en anglais seulement :

Naar-King, S., & Suarez, M. (2011). Motivational interviewing with adolescents and young adults. New York: Guilford Press.



Vidéos libres d'accès ou en ligne sur l'Entretien motivationnel

1. L'Entretien motivationnel est-il une approche de counseling culturellement sécuritaire à utiliser auprès des peuples autochtones ?

Richard San Cartier, une infirmière praticienne auprès du North Shore Tribal Council partage son expérience et son point de vue sur la pertinence culturelle d'utiliser l'Entretien motivationnel lors des interventions auprès des clients des Premières Nations : <http://youtu.be/yN2B6823uXg> - disponible en anglais seulement.

2. intervention brève auprès des buveurs à risque

Intervention brève à l'aide de l'Entretien motivationnel auprès des buveurs à risque : <http://youtu.be/AcGCRJcfl4w> - disponible en anglais seulement.

3. Le Collège des médecins de famille du Canada

Cette page Web contient des clips vidéo illustrant des éléments clés d'une intervention brève, y compris des approches motivationnelles et celles exemptes de jugement. Les vidéos montrent un médecin de soins primaires pratiquant l'intervention brève auprès de son patient sur quatre visites, en se servant des techniques de l'Entretien motivationnel afin d'établir des rapports, susciter le langage de changement et établir un engagement au changement chez le patient : <http://www.sbir-diba.ca/resources/provider-resources/videos> - disponible

en anglais seulement.

4. Le site Web de l'Entretien motivationnel est une excellente ressource ayant des liens vers de nombreux manuels et articles

<http://www.motivationalinterview.org>

5. Le site Web du Réseau canadien des professionnels en toxicomanie et de domaines connexes a des liens vers plusieurs ressources de l'EM :

http://www.cnsaap.ca/Eng/professionaltoolkits/treatment_approaches/MotivationalInterviewing/Pages/default.aspx - disponible en anglais seulement.

6. Ce Protocole d'amélioration de traitement gratuit comporte des liens vers des outils de dépistage et offre un aperçu des principes et des techniques de l'Entretien motivationnel :

Miller, W. R. (1999). Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol Series 35. DHHS Publication No. (SMA) 99-3354. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Le document complet peut être téléchargé à lien suivant : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64967/?term=Enhancing%20motivation%20for%20change> - disponible en anglais seulement.



Bibliographie et références connexes supplémentaires

Anderson, P., A. Gual, and J. Colom. *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia, 2005.

Assembly of European Regions. *Early Identification and Brief Intervention in Primary Healthcare: Fact Sheet*. European Commission, April 2010. Online. Available: http://www.aer.eu/fileadmin/user_upload/MainIssues/Health/2010/Alcohol_Factsheets/Factsheet_14_-_Early_Identification_and_Brief_Intervention_in_Primary_Healthcare_-_pdf

Babor, Thomas, and John C. Higgins-Biddle. *Brief Intervention For Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Dept. of Mental Health and Substance Dependence, 2001.

Barry, Kristen Lawton. *Brief Interventions And Brief Therapies for Substance Abuse*. Center for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999. Report No.: (SMA) 99-3353.

Brady, Maggie. *Broadening the Base of Interventions for Aboriginal People with Alcohol Problems*. Technical Report #29. Sydney, NSW: National Drug & Alcohol Research Centre, 1995.

Canada. *Best Practices: Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders*. Ottawa: Health Canada, 2002. Online. Available: http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health-eng.pdf

Canada. *Best Practices – Early Intervention, Outreach and Community Linkages for Women with Substance Use Problems*. Ottawa, ON: Health Canada, 2006.

Canada. Best Start Resource Centre. *Creating Circles of Support for Pregnant Women and New Parents: A manual for service providers supporting women's mental health in pregnancy and postpartum*. Toronto, ON: Health Nexus, 2009. Online. Available: http://www.beststart.org/resources/ppmd/circles_of_support_manual_2013.pdf

Canada. *Guidelines & Protocols Advisory Committee. Depression (MDD) – Diagnosis and Management*. British Columbia Ministry of Health, 1 June 2004. Online. Available: http://medicine.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/faculty/medicine/departments/departmentsites/family/Education%20Documents/clerkship_objectives/Mood%20Disorders/BC%20G%26P_Depression_2004.pdf

Canada. *Honouring Our Strengths: A Renewed Framework to Address Substance Use Issues among First Nations People in Canada*. (Cat. No. H12-65/2011E-PDF). Ottawa: Health Canada, 2011. Online. Available: <http://nnapf.com/honouring-our-strengths-full-version-2>

Canada. *Standards and Guidelines for Early Psychosis Intervention (EPI) Programs*. Victoria, B.C.: Ministry of Health Services, 2010.

Centre for Excellence in Indigenous Tobacco Control. *What do we know about brief intervention? Factsheet*. Melbourne: Centre for Excellence in Indigenous Tobacco Control, 2011. Online. Available: <http://www.healthin-fonet.ecu.edu.au/key-resources/promotion-resources?lid=25597>

Drug and Alcohol Clinical Advisory Services (DACAS). *FRAMES - Brief Intervention for risky or harmful alcohol consumption. Factsheet*. Turning Point Alcohol & Drug Centre. Online. Available: http://www.dacas.org.au/Clinical_Resources/GetFile.axd?oid=5f41e7a0-7965-487a-957a-b20c178e81de

Dunn, C., L. Deroo, and F.P. Rivara. "The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review." *Addiction* 96 (2001): 1149–1160.

Hagger, Bronwyn, and Doreen Entwistle. *Brief Intervention and Motivational Interviewing Tool*. Darwin, NT: Northern Territory Department of Health , 2011.

Higgins-Biddle, John, Dan Hungerford, and Kathryn Cates-Wessel. *Screening and Brief Interventions (SBI) for Unhealthy Alcohol Use: A Step-by-Step Implementation Guide for Trauma Centers*. Atlanta, GA: The Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2009.

International Center for Alcohol Policies. *Policy planning and choice: Guide to feasible interventions*. Washington, DC: ICAP, 2008. Online. Available: http://www.icap.org/Portals/0/download/all_pdfs%5CPolicy%20Tools/Guide%20to%20Policy%20Planning%20and%20Choice.pdf

International Center for Alcohol Policies. *The ICAP Blue Book: Practical Guides for Alcohol Policy and Prevention Approaches*. Washington, DC: ICAP, 2011. Online. Available: <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=ozShJTpDKgg%3d&tabid=124>

Kaner, E.F., et al. "Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858. CD004148.pub3. 7 October 2009. Online.

Kruszynski, Ric, et al. *MI Reminder Card (Am I Doing This Right?)*. Cleveland: Center for Evidence-Based Practices at Case Western Reserve University, 2012. Online. Available: <http://www.centerforebp.case.edu/client-files/pdf/miremindercard.pdf>

Love, Tom, Martin Hefford, and Nieves Ehrenberg. *Cost Savings of Brief Alcohol Interventions in Primary Health Care*. Wellington, NZ: Alcohol Advisory Council of New Zealand, Kaunihera Whakatupato Waipiro O Aotearoa , November 2011. Online. Available: http://www.alcohol.org.nz/sites/default/files/research-publications/pdfs/CostSavingsBI_0.pdf

Lundahl, Brad, and Brian L. Burke. "The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses." *Journal of Clinical Psychology: In Session* (2009), Vol. 65 (11), 1232-1245.

Marsh, Ali, Ali Dale, and Laura Willis. *Evidence Based Practice Indicators for Alcohol and Other Drug Interventions: Literature Review. 2nd ed.* Perth: Best Practice in Alcohol and Other Drug Interventions Working Group, 2007. Online.

Martino, Steve, et al. *A Nurse-Delivered Brief Motivational Intervention for Women Who Screen Positive for Tobacco, Alcohol, or Drug Use: An Intervention Manual for Project START (Screening To Augment Referral and Treatment)*. National Institute on Drug Abuse, 2011. Online. Available: http://www.mirecc.va.gov/visn1/docs/products/Project_START_MI-N_Manual.pdf

Martino, S., et al. *Motivational Interviewing Assessment: Supervisory Tools for Enhancing Proficiency*. Salem: Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center, Oregon Health and Science University, 2006.

National Institute for Health Care Management. "Improving Early Identification & Treatment of Adolescent Depression: considerations & strategies for health plans." *NIHCM Foundation Issue Brief*, February 2010. Online. Available: http://www.nihcm.org/pdf/Adol_MH_Issue_Brief_FINAL.pdf

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol Alert 43 (April 1999)*. Online. Available: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa43.htm>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol Alert 66 (July 2005)*. Online. Available: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA66/AA66.htm>

Orr, Kate Skellington, et al. *Delivering Alcohol Brief Interventions in the Community Justice Setting: Evaluation of a Pilot Project*. Glasgow: NHS Scotland, 2011. Online. Available: <http://www.healthscotland.com/uploads/documents/16985-alcoholBriefInterventionsCriminalJusticeSystem.pdf>

Saint-Jacques, Marianne, et al. "Integration of screening and brief intervention in frontline health services: The case of Quebec." *Addiction Science & Clinical Practice* (2012), 7 (Suppl 1): A74.

Schizophrenia Society of Canada. *Concurrent Disorders and Schizophrenia: A National Awareness Strategy : Discussion Paper*. 2006. Online. Available: http://www.schizophrenia.ca/docs/CD_Discussion_Paper.pdf

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *SIGN 74: The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care: A national clinical guideline*. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2003. Online. Available: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign74.pdf>

Somers, Julian M., and Matthew Quéré. *Cognitive Behavioural Therapy: Core Information Document*. Centre for Applied Research in Mental Health and Addictions (CARMHA), Simon Fraser University. Victoria: Government of British Columbia, Mental Health and Addictions Branch, Ministry of Health, 2007.

Spence, Richard, Tom Kresina, and Jacki Hecht. "A Culturally Relevant Adaptation of Evidence Based

Practice." *Brief Motivational Interviewing (BMI) Participant Manual: A Training Workshop for Health-Care Workers*. PowerPoint presentation. University of Texas at Austin, 2006. Online. Available: www.utexas.edu/research/cs-wr/gcattc/documents/BMICurriculum.ppt

Swan, A., L. Sciacchitano, and L. Berends. *Alcohol and other drug brief intervention in primary care*. Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre, 2008.

Tomlin, K., et al. *Motivational Interviewing: Enhancing Motivation for Change – A Learner's Manual for the American Indian/Alaska Native Counselor*. Portland: One Sky National American Indian Alaska Native Resource Center for Substance Abuse Services, 2005.

UK. Models of care for alcohol misusers (MoCAM). *London: Department of Health, 2006*. Online. Available: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4136806

US. American Public Health Association, and Education Development Center, Inc. *Alcohol screening and brief intervention: A guide for public health practitioners*. Washington DC: National Highway Traffic Safety Administration, U.S. Department of Transportation, 2008.

US. Adolescent Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Alcohol and Other Drug Use Using the CRAFFT Screening Tool. Massachusetts Department of Public Health Bureau of Substance Abuse Services, 2009. Online. Available: <http://www.mcpap.com/pdf/-CRAFFT%20Screening%20Tool.pdf>

US. Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth. *A Practitioner's Guide. Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: A Practitioner's Guide*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2011.

US. American Public Health Association and Education Development Center, Inc. *Alcohol screening and brief intervention: A guide for public health practitioners*. Washington DC: National Highway Traffic Safety Administration, U.S. Department of Transportation, 2008.

US. Center for Substance Abuse Treatment. "Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse." *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34*. HHS Publication No. (SMA) 12-3952. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999.

US. Center for Substance Abuse Treatment. "Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment." *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35*, HHS Publication No. (SMA). Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999. 12-4212.

US. *Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide*. Rockville, MD: Department of Health & Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2005. Online. Available: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm

US. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Identifying mental health and substance use problems of children and adolescents: A guide for child-serving organizations*. HHS Publication No. SMA 12-4670. Rockville, MD: SAMHSA 2011.

Venner, Kamilla L., Sarah W. Feldstein, and Nadine Tafoya. *Native American Motivational Interviewing: Weaving Native American and Western Practices: A Manual for Counselors in Native American Communities*. Albuquerque: University of New Mexico, 2006.

Whitlock, Evelyn P, et al. "Behavioural Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force." *Annals of Internal Medicine*, Vol. 140. No. 7, 6 April 2004.

World Health Organization. *Management of substance dependence: screening and brief intervention*. Geneva: World Health Organization, 2003.



