

L'entretien motivationnel pour préparer le changement

Définition de l'entretien motivationnel :

L'entretien motivationnel (EM) est une approche de la relation d'aide conceptualisée par William R. Miller et Stephen Rollnick à partir des années 1980. C'est un *style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement*¹. L'entretien est mené pour aider la personne dans l'exploration et la résolution de son ambivalence, par l'expression de ses motivations et le renforcement de ses capacités de changement.

Historique

Décrit pour la première fois en 1983 par le psychologue américain William R. Miller, l'entretien motivationnel a d'abord été une approche d'intervention en addictologie. William R. Miller et Stephen Rollnick l'ont une première fois formalisé dans un manuel centré sur les changements de comportements addictifs (non traduit en français) en 1991. Ils ont révisé leur description dans un nouveau manuel en 2002 (première traduction française), étendant l'approche à tous les changements de comportement, puis à nouveau en 2012, élargissant encore le champ à l'ensemble des changements (deuxième édition française).

Miller et Rollnick ont, au début de leur réflexion, emprunté certains concepts au modèle transthéorique de changement (MTT) de Prochaska et DiClemente, modèle dont ils se sont progressivement séparés depuis. Selon Prochaska et DiClemente, les personnes en prise avec une problématique de dépendance passeraient par une série de stades de changement : précontemplation, contemplation, action, maintien, rechute. La psychologie humaniste et plus précisément l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers est une autre source essentielle de l'entretien motivationnel.

Les entretiens motivationnels montrent dans de nombreuses études une plus-value en comparaison avec d'autres types d'interventions auprès des patients, avec une meilleure efficacité mesurée par des critères de jugement qui dépendent du changement considéré et du champ de l'étude. Ces champs d'étude sont très nombreux, et ont fait l'objet de plusieurs méta-analyses et de cinq

revues Cochrane spécifiques (Abus de substances, Tabac, Récupération après accident vasculaire cérébral, éducation thérapeutique du jeune patient atteint par le VIH et Prévention des problèmes d'alcool chez les jeunes adultes) ou non.

L'EM s'est progressivement diffusé au-delà du secteur de l'addictologie, et est aujourd'hui utilisé dans de nombreux contextes, notamment :

- dans le champ médical, dans le cadre de l'éducation thérapeutique, du traitement des maladies chroniques, de la diététique ;
- dans le champ social, notamment dans un contexte de prévention ;
- dans le champ de l'éducation, pour l'accompagnement des élèves en difficulté ;
- dans le champ judiciaire, pour l'accompagnement à la réinsertion après un parcours carcéral.

LES IDÉES FAUSSES CONCERNANT L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL :

Trois idées fausses concernant l'entretien motivationnel

- • Considérer l'entretien motivationnel comme un moyen infaillible, un « truc magique » pour obtenir le changement à tout prix.
- • Réduire l'entretien motivationnel à une simple méthode protocolisée pour amener les patients à entreprendre ce qu'ils ne souhaitent pas forcément faire.
- • Réduire la maîtrise de l'entretien motivationnel à l'apprentissage d'une simple technique.
- Les idées fausses concernant l'entretien motivationnel sont, comme c'est souvent le cas, la rançon du succès et on pourrait donc en minimiser la portée et ne pas s'en soucier. Cependant, trois d'entre elles doivent être combattues, car elles peuvent nuire à son image et à son efficacité.
- La première, en effet, met en cause l'esprit même de l'entretien motivationnel en assimilant ce dernier à un moyen infaillible, une sorte de « truc magique » pour obtenir à tout prix le résultat escompté et qui s'apparenterait, en quelque sorte, à une forme sophistiquée de manipulation.
- Mais c'est oublier que, s'il y a changement, celui-ci n'a de sens et ne sera accepté et assumé par l'intéressé que s'il est authentiquement décidé par lui. C'est la raison pour laquelle l'un des fondements de l'entretien motivationnel est le respect le plus total de la liberté de choix du patient.
- La deuxième n'est pas moins nocive car elle réduit la méthodologie de l'entretien motivationnel à une sorte de protocole plus ou moins standardisé, c'est-à-dire une succession d'opérations simples qu'il suffit d'effectuer dans le bon ordre, presque mécaniquement et sans qu'il soit forcément nécessaire d'impliquer l'intéressé dans ce qui est entrepris. Mais

une telle façon d'agir serait en totale opposition avec celle de l'entretien motivationnel qui consiste, au contraire, à tout faire pour respecter le patient en tant qu'expert de sa propre personne et détenteur des ressources nécessaires pour réaliser le changement et, donc, pour faire de lui le principal, sinon le seul acteur de ce qui est mis en oeuvre.

- En pratique cela conduit, non seulement, à donner le maximum de place et d'initiative à l'intéressé mais, également, à lui fournir les moyens de tenir une telle position : d'une part, en l'aidant à prendre conscience des enjeux de sa situation, de ce qu'il pense, ressent, désire, etc., afin qu'il puisse décider de ce qu'il a à faire en toute connaissance de cause, •• d'autre part, en renforçant sa confiance en lui pour qu'il puisse assumer ses choix.
- Certes l'entretien motivationnel fait appel à certaines techniques (la balance décisionnelle en est une), mais ces dernières n'ont rien de spécifique et, surtout, leur utilisation risque d'être contre-productive si elle ne s'appuie pas sur un travail relationnel de qualité et, en particulier, si elle ne s'applique pas à être constamment en phase avec le patient.
- Quant à la troisième, elle est également dangereuse car, dans le droit fil des deux précédentes, elle limite la maîtrise de l'entretien motivationnel à la seule acquisition d'une simple technique alors que cette maîtrise nécessite, au contraire, un entraînement régulier, des remises en question personnelles et, donc, un véritable travail sur soi qui vont bien au-delà d'un banal apprentissage.

Concepts fondamentaux :

La motivation :

L'entretien motivationnel perçoit la motivation comme « un processus interpersonnel, le produit d'une interaction entre personnes ». L'aidant, selon son attitude et la qualité de ses stratégies d'intervention, peut influencer favorablement ou négativement la motivation des personnes aidées, selon qu'il respecte et renforce ou au contraire menace l'autonomie du sujet. Il s'agit de rechercher et de laisser s'exprimer la motivation intrinsèque des personnes aidées, qui se fonde sur leur lecture de leurs intérêts et objectifs propres et de leurs valeurs fondamentales. De ce fait, elle est nécessairement évolutive dans le contexte de l'entretien, ce qui sépare profondément l'EM de l'approche du MTT.

L'ambivalence :

Le médecin et le patient doivent pouvoir parler des points positifs de prendre une substance : détente, plaisir, anxiolyse... L'ambivalence est source d'immobilité. Elle s'oppose aux changements. Le but des entretiens motivationnels est d'abord de faire ressortir cette ambivalence naturelle et de l'explorer en entretien clinique neutre et non directif. Une manière de l'explorer est d'utiliser l'outil de la « balance décisionnelle ». Le comportement actuel et le nouveau comportement possèdent

chacun des avantages et des inconvénients sources de motivations conflictuelles à l'origine d'une ambivalence inhibitrice.

La perception d'inconvénients dans la situation actuelle peut générer une envie de changement. C'est ce qu'on appelle la motivation extrinsèque. Le patient cherche à fuir des situations menaçantes (sanitaires, professionnelles, familiales, etc.). Les avantages de la situation antérieure sont toujours présents à l'esprit et peuvent faire rechuter le patient dans la prise de produit. Les entretiens motivationnels cherchent à susciter une motivation intrinsèque (se sentir bien, estime de soi) en explorant les avantages perçus dans le changement. La motivation extrinsèque va engendrer une demande de changement, la motivation intrinsèque va pérenniser le changement.

Le changement :

Les stades de changement de PROCHASKA et DI CLEMENTE L'identification et la résolution d'un problème spécifique nous font traverser un certain nombre de phases psychologiques décrites par deux canadiens, J. PROCHASKA et C-C. DI CLEMENTE en 1982. Ce modèle propose six stades de changement :

1. Le stade de pré-contemplation (ou de pré-intention, selon les traductions).

La personne est dans le déni. Elle n'a pas encore considéré la possibilité de changer ou n'a pas encore identifié son problème comme étant réellement un problème. Il est rare à ce stade de voir la personne se présenter d'elle-même pour un traitement. C'est l'entourage qui identifie le comportement problématique.

Phrases types illustrant ce stade : « *L'alcool ne me pose pas de problème, je contrôle ma consommation.* » « *C'est ma femme qui veut que je consulte, elle pense que je bois trop.* »

2. Le stade de contemplation (ou d'intention).

L'ambivalence caractérise essentiellement cette phase. A ce stade, la personne prend plus ou moins conscience du problème, mais hésite face au changement. Aller et venir entre les raisons pour changer et les raisons pour rester dans la même situation, tel est l'enjeu à ce niveau.

Ex : « *Je me dis parfois qu'il faudrait que je réduise ma consommation, mais j'ai du mal à m'imaginer sans boire. C'est la seule chose qui me fait vraiment plaisir.* »

La personne a la volonté de changer un comportement devenu nuisible pour elle. La balance penche en faveur du changement. Une action devient alors possible. C'est un stade particulièrement instable, avec une possibilité de passage au stade d'action ou de retour au stade de contemplation. Il s'agit ici de trouver les meilleures stratégies pour mener à bien le changement visé.

Ex : « *Là, je dois réellement faire quelque chose.* » « *Ce qui s'est passé dernièrement me fait vraiment peur, il faut que j'arrête.* »

3. Le stade d'action. Ici, le changement est effectif, qu'il s'agisse d'une rupture ou d'une amélioration du comportement problématique.

Ex : « *Je suis content d'avoir pu réduire ma consommation d'alcool.* » « *Je me sens beaucoup mieux depuis que je ne bois plus* ».

4. Le stade de maintien d'action (ou consolidation).

Le changement commence à s'installer dans la durée. On parle de maintien après trois mois d'abstinence ou de changement de consommation.

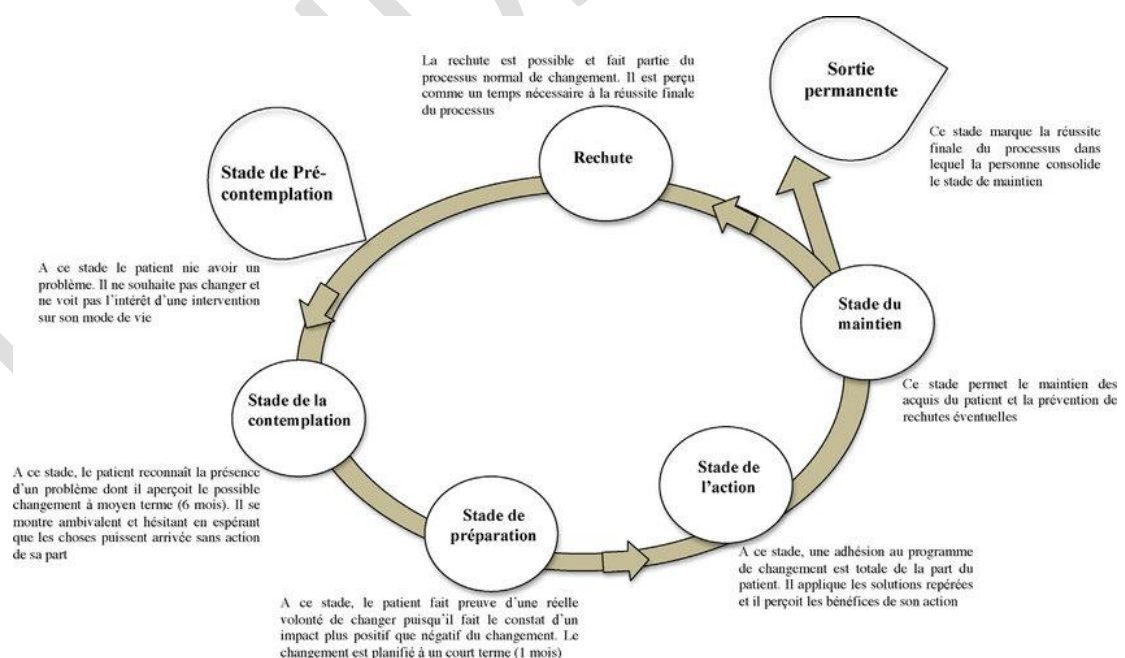
Ex : « *C'est encore difficile de ne plus consommer d'alcool, mais ça va de mieux en mieux.* » « *J'ai vraiment l'impression de commencer une nouvelle vie.* »

5. Le stade de rechute.

Il correspond à un changement de décision par rapport à une décision de changement. La rechute est souvent due à l'ambivalence encore présente et reflète le fait que la rupture et le deuil de la substance et du comportement ne sont pas encore complets. Elle peut être vue comme une tentative de vérifier s'il faut toujours maintenir la décision de rupture, si le produit ou le comportement sont toujours aussi toxiques.

Ex : « *Je me suis dit : juste un petit verre...* » « *La vie était trop triste sans alcool.* »

Ce processus de changement n'est pas linéaire : Il peut y avoir des retours à un stade précédent, et les étapes sont de durées très variables. Il est représenté comme un cycle ou une spirale



Esprit de l'entretien motivationnel :

L'essence de l'EM ne repose pas sur ses aspects techniques mais sur son esprit qui lui donne un style facilitant la relation interpersonnelles. Ainsi, l'EM repose sur les idées de *partenariat*, *non-*

jugement, évocation et altruisme. Les concepts, méthodes et savoir-faire qui permettent sa mise en application découlent de ces principes éthiques fondamentaux.

Le partenariat :

L'EM considère la relation entre un intervenant et une personne aidée comme la collaboration entre deux experts : l'intervenant est expert dans son domaine (qu'il soit thérapeute, intervenant social, professeur, etc.), tandis que la personne est experte de sa propre vie ; c'est elle qui connaît ses faiblesses et difficultés, ses capacités et les ressources qui lui seront nécessaires pour évoluer. La relation se doit d'être horizontale, et la problématique et sa résolution sont décrites et construites conjointement. La résolution des problèmes ne peut être apportée de l'extérieur, mais la relation permet que l'expertise de l'intervenant puisse enrichir celle du sujet, qui garde la responsabilité de la conduite de sa vie.

Le non-jugement :

Le principe de non-jugement est issu de l'approche de Carl Rogers . Il consiste à :

- porter un *regard inconditionnellement positif sur la personne, c'est-à-dire l'accepter telle qu'elle est et croire en sa capacité à évoluer* ;
- être dans une *empathie approfondie*, c'est-à-dire tenter de faire sien le cadre de référence de la personne, essayer d'envisager la manière dont elle perçoit le monde et sa propre situation ;
- respecter et *soutenir l'autonomie* de la personne. Ce principe est la base d'une intervention non confrontationnelle, dans laquelle l'intervenant ne cherchera pas à contraindre l'autre ;
- *valoriser* en reconnaissant les capacités et les efforts de la personne.

L'évocation :

L'évocation désigne l'attitude de l'intervenant qui considère qu'il a pour tâche non de combler les manques ou les défauts de savoir du patient, mais de permettre que s'expriment ses idées propres, ses valeurs, ses capacités et ressources.

L'altruisme :

L'intervenant pratiquant l'EM ne peut le faire qu'au bénéfice de la personne aidée. Il est donc nécessaire de s'appuyer sur une bonne connaissance des bénéfices du changement considéré, et de s'assurer qu'on ne vise pas en priorité le bien de la société, ou celui de l'intervenant. Il est ainsi contraire à l'éthique de l'EM que de l'utiliser pour influencer un choix qui relève de la seule liberté du sujet (par exemple, poursuivre ou interrompre une grossesse) ou qui aurait pour conséquence la gratification de l'intervenant (par exemple, faire choisir une voiture plus chère, ou entrer dans une étude contrôlée). Toutefois, il n'est pas exclu d'utiliser l'EM dans des situations où la société peut tirer un avantage au changement, comme lorsqu'une personne infectée par le VIH suit mieux son

traitement ou protège mieux ses partenaires d'une contagion; ou qu'un adolescent délinquant renonce à un comportement antisocial, car il sera le premier bénéficiaire de ce changement.

Les 4 processus :

Le déroulement de l'accompagnement d'une personne est envisagé comme la mise en œuvre de quatre processus qui sont à la fois successifs et interdépendants. Chaque processus repose sur les processus précédents, de sorte qu'il est régulièrement nécessaire de revenir à un processus antérieur pour pouvoir avancer à nouveau dans l'accompagnement. Les quatre processus sont :

1. L'engagement dans la relation
2. La focalisation
3. L'évocation
4. La planification.

Dans l'EM de groupe, la description par processus est à remplacer par un déroulement en phases :

1. L'engagement du groupe
2. L'exploration des points de vue des participants
3. L'élargissement des perspectives et le renforcement de l'élan vers le changement
4. L'entrée dans l'action.

Exemple :

