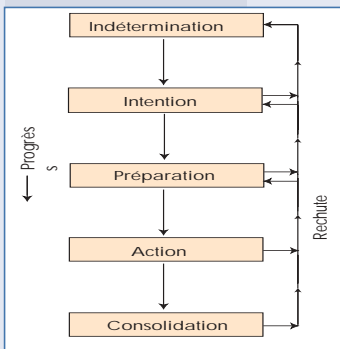


L'entretien motivationnel : faire progresser les patients dans les stades de changement, jusqu'à la solution de leurs problèmes

Henri-Jean Aubin*



Les stades de changement selon le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (3).

Origine et fondements

L'entretien motivationnel, développé dans les années 1980 par les psychologues William Miller et Stephen Rollnick (2), plus qu'une technique, est un style relationnel, ou un état d'esprit qui s'oppose au style confrontationnel. Parallèlement à la formulation de ce style psychothérapeutique, deux autres psychologues, James Prochaska et Carlo DiClemente (1), ont développé le modèle transthéorique de changement, décrivant le parcours motivationnel des sujets souffrant de conduites addictives. Ce modèle (1) postule l'existence de 6 stades de changement, que traversent habituellement les sujets souffrant de conduites addictives. Les sujets passent d'un stade à l'autre, habituellement de façon cyclique, mais parfois de façon anarchique (3).

Les six stades

Au stade **d'indétermination**, le sujet n'a pas conscience de l'existence d'un problème de conduite addictive ou alors le considère sans importance. Au stade **d'intention**, le sujet reconnaît l'existence d'un problème, admet qu'il serait sans doute utile de faire quelque chose, mais repousse l'idée d'un changement dans un futur nébuleux. Au cours du stade de **préparation**, le sujet commence à planifier un changement, par exemple, en prenant des conseils ou en consultant. Au cours du stade **d'action**, le sujet met effectivement en œuvre le changement de comportement, par exemple, l'arrêt de la consommation. Le stade d'action est caractérisé par la mise en acte du changement, et non par des seules déclarations d'intention. Le stade de **consolidation** caractérise le travail de prévention de la rechute. Enfin, le stade de **rechute** ramène le sujet vers un stade antérieur, le plus souvent celui d'intention.

Selon ce modèle, le thérapeute doit adapter sa stratégie thérapeutique au stade de changement où se trouve le patient. Ainsi, par exemple, il serait sans doute inapproprié de proposer directement une stratégie de sevrage à un patient qui serait au stade d'indétermination ou d'intention.

Résistance et motivation au changement

La résistance au changement n'est pas une caractéristique intrinsèque au patient. Elle est plutôt le produit **d'interactions successives** entre celui-ci et ses proches et/ou son thérapeute. De même, la motivation au changement va dépendre de la qualité des échanges entre le patient et son entourage et, notamment, son thérapeute. Le patient se sentira prêt à changer s'il perçoit l'importance du problème, en l'occurrence les conséquences de son tabagisme, et s'il a une confiance suffisante en sa capacité à mettre en œuvre le changement. Ainsi, un patient percevant très bien les conséquences de son tabagisme et les bénéfices de l'arrêt ne s'engagera pas dans un changement de comportement s'il n'a aucune confiance dans sa capacité à réussir. Inversement, un patient ayant une bonne confiance dans sa capacité à changer de comportement ne s'engagera pas plus dans ce changement s'il n'en perçoit pas l'importance.

Les objectifs de l'entretien motivationnel

L'objectif ultime est d'amener un patient à mettre en œuvre et à maintenir un changement de comportement. Pour l'atteindre, le thérapeute va adopter **des objectifs intermédiaires**, dépendants du stade de changement selon le modèle transthéorique. Encore une fois, il serait sans doute inapproprié de proposer directement une stratégie de sevrage à un patient qui serait au stade d'indétermination ou d'intention.

Au stade d'indétermination, le thérapeute s'attache plutôt à essayer de faire percevoir les risques et les problèmes liés à la conduite addictive, et ainsi à **faire apparaître un doute**. Au stade d'intention, le travail consiste essentiellement à explorer l'ambivalence, en aidant le patient à exprimer l'éventail des raisons en faveur du changement, ainsi que les risques encourus à ne pas changer. Il faut également **augmenter la confiance** du sujet en sa capacité à changer de comportement. Au stade de préparation, il s'agit plutôt de proposer **un choix de stratégies** de changement et de lever les derniers obstacles. Au stade d'action, le thérapeute accompagne le patient dans le processus de changement de comportement, par exemple, le sevrage. **L'encouragement** est ici essentiel. Tout changement effectif, même incomplet, est à valoriser. Au stade de consolidation, le thérapeute **propose des stratégies de prévention de la rechute** et explore régulièrement l'ambivalence, afin de lever d'éventuels doutes sur l'intérêt du changement effectué.

Au stade de rechute, il s'agit de **dédramatiser** la situation et de pousser le patient à s'engager à nouveau rapidement dans les processus d'intention, de préparation et d'action.

Les principes des interventions motivationnelles

– **Manifester de l'empathie** : c'est montrer au patient qu'on parvient à se figurer ce qu'il pense et ressent, qu'on lui en reconnaît le droit, qu'on l'accepte, sans nécessairement l'approuver. En pratique, mettre **le doigt sur des contradictions** ; **éviter l'affrontement** ; **ne pas forcer la résistance**. Celle-ci peut se repérer essentiellement par quatre types d'attitude chez le patient : rejet de l'expertise du thérapeute, interruption défensive du discours du thérapeute, déni du problème, désintérêt face au discours du thérapeute. Il faut alors **renforcer le sentiment de liberté de choix**. La "réactance" psychologique se traduit par le fait qu'entraver le sentiment de liberté de choix et d'actions entraîne un état de motivation particulier qui pousse à rétablir cette liberté. C'est une excellente façon de mettre en place des résistances chez les patients. Enfin, **renforcer le sentiment d'efficacité personnelle**, qui est la confiance que le patient a en sa capacité à gérer correctement certaines situations. On a vu à quel point cette confiance était un élément fondamental de la motivation.

Les pièges motivationnels induisent facilement des résistances

- **Le piège des questions/réponses, avec une succession de questions fermées**. Les questions fermées invitent à une réponse brève, *oui/non/un nombre*, alors que les questions ouvertes invitent l'interlocuteur à développer un point de vue. Exemple de question **fermée** : "Quand avez-vous prévu d'arrêter de fumer ?" ; question **ouverte** : "Que pensez-vous faire pour votre consommation de cigarettes ?"
- **Le piège de la confrontation**. Le style confrontationnel renforce les résistances. Notamment, les attitudes comme *expliquer, démontrer, prouver, éduquer, impressionner, faire réfléchir, persuader* vont avoir pour effet de renforcer la résistance si elles précèdent la demande du patient.
- **Le piège de l'expert** : "On a les réponses à votre problème, on sait ce qu'il faut faire".
- **Le piège de l'étiquette diagnostique** : "Vous êtes dépendant du tabac, comme un toxicomane."
- **Le piège de la focalisation d'emblée sur le problème**.
- **Le piège du jugement**.

Les principales stratégies de l'intervention motivationnelle permettent de pousser le patient vers la prise de conscience du problème et la décision de changement

- **Utiliser autant que possible des questions ouvertes**. Encore une fois, une façon d'éviter les questions fermées (souvent utiles dans les premiers entretiens pour obtenir des renseignements précis du patient). On recourt alors aux *auto-questionnaires*. Cette attitude permet de montrer d'emblée au patient qu'on attend de lui qu'il expose systématiquement son propre point de vue et s'engage systématiquement dans une exploration personnelle de ses motivations.
- **L'écoute en écho**. Il s'agit de la *reformulation du discours* du patient. À chaque fois qu'un patient exprime un propos, notamment motivationnel, le thérapeute s'efforce d'en rechercher la signification la plus vraisemblable et de la reformuler sur un ton affirmatif. Cela permet au patient d'entendre, de la bouche du thérapeute, les propos motivationnels qu'il a lui-même formulés. Le fait de l'entendre deux fois, d'abord de sa bouche, puis de celle du thérapeute, finit par donner du poids à ce type de propos. Les reformulations, placées judicieusement, permettent d'orienter le discours du patient dans les domaines susceptibles d'accroître la motivation.
- **Inciter les déclarations motivationnelles, par des questions ouvertes** invitant le patient à s'exprimer sur les conséquences de son tabagisme, sur son inquiétude vis-à-vis de celles-ci, sur son intention de changement et sur la confiance qu'il a en sa capacité à mettre en œuvre ce changement.
- **Résumer** : il est utile de faire régulièrement un résumé des différents éléments, notamment motivationnels, du discours du patient. Ce résumé se fait à plusieurs reprises tout au long d'une séance, et plus encore à la fin d'une séance et au début de la séance suivante. Au-delà de la technique, l'entretien motivationnel est *un style relationnel et un état d'esprit, centré sur le patient*, caractérisé par l'importance de l'empathie, la reconnaissance et le respect des résistances, la notion de choix donné au patient et de renforcement de l'efficacité personnelle. En plus d'un effet direct sur la motivation et l'efficacité thérapeutique, l'entretien motivationnel permet une amélioration de la compliance au traitement.

Références bibliographiques

1. DiClemente CC, Prochaska JO. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change : stages of change and addictive behaviors. In : Miller WR, Heather N, editors. *Treating addictive behaviors*, 1998 : 3-24.
2. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviors*. The Guilford Press – New York ; 1991.
3. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health behavior change*. Churchill Livingstone – Edinburgh ; 1999.