

# L'entretien motivationnel :

L'entretien motivationnel propose aux soignants un autre style relationnel, celui qui consiste à favoriser la motivation du patient au changement sans chercher à le convaincre ni à le contraindre.

Dans le champ de la santé mentale, les patients sont souvent confrontés à la question du changement : intégrer un suivi médical dans son quotidien, faire régulièrement des examens médicaux, prendre un traitement médicamenteux, modifier son alimentation pour éviter de prendre du poids, diminuer ou arrêter sa consommation d'alcool ou de drogues... Une part importante de l'amélioration de la santé de ces patients repose sur la réalisation de ces changements. Dans ce contexte, le rôle du soignant est de favoriser ces évolutions par un accompagnement qui permette un changement durable, une modification qui perdure au-delà de la consultation ou de l'hospitalisation. Quand le patient se retrouve à nouveau dans son quotidien, il doit en effet engager ou poursuivre par lui-même le changement évoqué.

Le soignant peut alors se trouver dans une position inconfortable, tiraillé entre :  
– sa conviction que des changements de comportement pourraient être favorables à la santé du patient  
– son impuissance à le contraindre durablement ;  
– son souhait de ne pas s'engager sur une voie « dirigiste » alors que l'éthique actuelle promeut l'autonomisation plus grande du patient et sa participation active aux soins (cf. l'article de B. Leroy, p. 70).

---

## Émeric LANGUÉRAND

---

Psychologue, psychothérapeute,  
CH Sainte-Anne, SHU du P<sup>r</sup> Krebs. Président de l'Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel.

Pour gérer cette tension, deux attitudes peuvent être envisagées : soit assumer une position de témoin et peu intervenir, soit au contraire chercher à prendre en main la situation et conduire d'autorité le patient. Ces deux positions peuvent être nécessaires au cours de certaines prises en charge ou à des moments particuliers du parcours de soins. Une écoute sans intervention reste un soutien précieux pour des patients vivant un événement de vie dramatique. De même, l'hospitalisation sous contrainte est parfois indispensable pour protéger le patient et son entourage. Cependant, dans d'autres cas, ces positions ne sont pas satisfaisantes. Difficile de rester spectateur quand la vie du patient est en jeu, difficile également de maintenir une contrainte permanente pour des raisons tant éthiques que pragmatiques. Alors que faire ? Comment accompagner les patients vers un changement de comportement en faveur de leur santé ? Comment les aider à mettre en œuvre et à maintenir ce changement ? Les soignants peuvent-ils favoriser ce mouvement vers le changement ?

### UNE AUTRE ATTITUDE

C'est à ces questions que William Miller et Stephen Rollnick (2006) ont cherché à répondre en élaborant une méthode de communication centrée sur la personne, l'entretien motivationnel (EM), dont l'enjeu est d'aider les patients à s'engager dans un changement de comportement favorable à leur santé. C'est dans le domaine de l'alcoologie que l'EM a été inventé et théorisé dans les années 1980. Les propositions thérapeutiques y étaient limitées et ne reposaient que faiblement sur les traitements médicamenteux. Initialement, les

auteurs se sont appuyés sur différents concepts issus des approches cognitivo-comportementales, puis, peu à peu, l'EM a reposé sur des notions propres issues des recherches sur son efficacité.

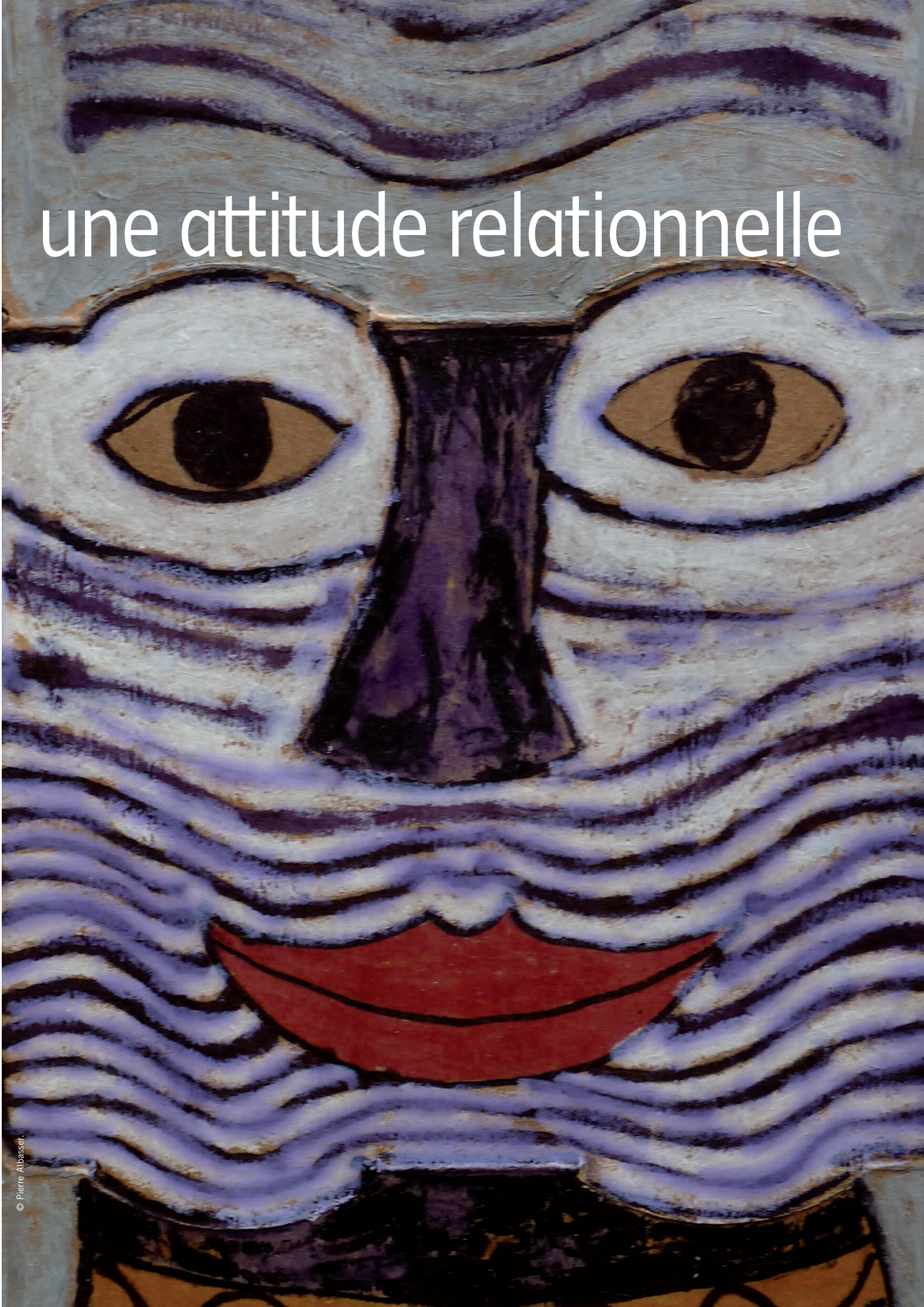
L'entretien motivationnel s'inscrit ainsi dans un environnement où l'on retrouve la thérapie centrée sur la personne de Carl Rogers (voir l'article de T. Le Merdy p. 42), la balance décisionnelle de Janis et Mann, le sentiment d'efficacité personnelle de Bandura, ou encore la théorie de la réactance de Brehm (voir définitions p. 29). Cette hérédité a été une source de confusion importante quand Miller et Rollnick ont inclus dans l'un de leurs ouvrages (2002) un chapitre consacré au modèle transthéorique du changement (les « stades » du changement) rédigé par Prochaska et DiClemente.

Pendant un temps, l'EM a été perçu comme une forme d'entretien visant à accompagner le patient dans le passage de ces « stades », abordés alors comme des étapes identifiables dans un parcours de changement de comportement. Certains centres de soins ont même défini des modalités de prise en charge en fonction du stade auquel le patient est supposé être à son arrivée.

Comme l'a souligné William Miller en 2006, l'EM n'est pas une application du modèle transthéorique du changement, ni une forme de thérapie centrée sur la personne. En effet, s'il s'inscrit dans une continuité idéologique, notamment avec l'approche rogerienne, il présente des particularités à la fois dans l'articulation et l'application de certaines théories antérieures, mais aussi dans l'émergence de concepts nouveaux dont il est porteur. Le « discours-changement » (voir plus loin)



une attitude relationnelle





© Pierre Albasser.



## L'artiste : Pierre Albasser

Pierre Albasser est né le 23 décembre 1936 à Mulhouse. Après des études de mathématiques, il intègre une école d'ingénieurs. C'est un griffonneur permanent dans son activité professionnelle.

En 1992, poussé vers la retraite par la crise du bâtiment, et encouragé par son épouse et inspiratrice Gudrun, il se met alors dessiner pour de bon.

C'est un nouveau départ. Autodidacte, Pierre Albasser commence un travail de création postale, avant d'aborder très vite d'autres supports. Refusant d'acheter du matériel et de se laisser enfermer dans les formats d'usage, rectangulaire ou carré, il choisit d'utiliser des emballages des produits domestiques de la vie quotidienne. Pour dessiner, il se sert de cartouches d'encre, de crayons feutres et de stylos bille usagés qu'il récupère ici et là, auprès de commerçants ou d'amis.

Aucun acte marchand ne doit contraindre celui de créer. Le choix des supports induit différents formats, initialement petits, qui évoluent progressivement vers des grandes dimensions. Jouant avec leurs perforations insolites et leurs découpes, il dessine des stries et des hachures plus ou moins denses qui produisent des formes humaines, animales et végétales. Ses œuvres, essentiellement monochromes à ses débuts, se colorent au fil du temps, très lentement mais en continu, prenant des teintes de plus en plus vives et diversifiées. Pierre Albasser se sent proche de l'art singulier mais explique que « *le plaisir de faire et faire plaisir à mon entourage sont les seuls buts de ma production quotidienne.* » Nos lecteurs ont déjà rencontré cette œuvre originale dans notre numéro sur l'empathie (n° 158, mai 2011). Nous retrouvons avec bonheur ses drôles de créatures, décalées, espiègles, étranges, si vivantes qu'elles paraissent inciter au dialogue...

est, par exemple, une notion fondamentale propre à cette forme d'entretien et au cœur même de sa pratique.

L'EM marque également sa différence par son accessibilité élargie à l'ensemble des professions de santé, incluant notamment les aspects sociaux et les professionnels qui y sont rattachés. Il ne s'agit pas d'une forme de psychothérapie mais d'une méthode de communication, une attitude relationnelle entre patients et soignants. Il peut être utilisé par l'ensemble des intervenants d'une institution, de l'aide-soignant au psychiatre.

L'EM est avant tout une pratique qui s'inscrit dans l'*evidence-based medicine* (médecine factuelle ou médecine fondée sur les preuves [1]). Sa théorisation part de l'observation clinique avec l'objectif de mieux en comprendre les composantes efficaces pour enrichir la pratique en retour.

### AVANT TOUT, UNE PRATIQUE

William R. Miller et Stephen Rollnick définissent l'EM comme une « *méthode de communication, à la fois directive et centrée sur la personne, qui vise l'augmentation de la motivation (intrinsèque) au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* » (Miller, Rollnick, 2002). L'enjeu est de favoriser la motivation du patient à modifier son comportement plutôt que d'essayer de le convaincre, voire de le contraindre à le faire. Cette approche stipule que chaque patient porte en lui la motivation à changer de comportement et que le soignant peut, par son attitude, favoriser ou non cette aptitude.

Pour cela, la pratique de l'EM suit quatre principes structurants, les quatre « E », qui animent la conduite des entretiens.

– L'intervenant va **Éviter** le réflexe correcteur en s'abstenant de corriger le patient dans sa manière d'aborder sa santé, en évitant de lui expliquer quel changement il devrait mettre en œuvre et en ne cherchant pas à le convaincre sur la façon dont il devrait l'engager.

– Il va plutôt s'inscrire dans une démarche collaborative en **Explorant** et comprenant les motivations propres du patient.

– Pour cela, le soignant va notamment **Écouter** avec empathie le discours du patient, en cherchant à ressentir au plus près le vécu du patient comme s'il le partageait, sans pour autant devoir adhérer au point de vue exprimé.

– Enfin, l'intervenant s'attache à **Encourager** l'espoir et l'optimisme chez le sujet,

en le renforçant dans ses capacités à s'engager et à mener le ou les changements de comportement favorables à sa santé.

« *Cela implique que l'on guide plus qu'on ne dirige, que l'on danse plus qu'on ne lutte, que l'on écoute plus que l'on ne parle.* » (Rollnick, Miller, Butler, 2009). Avec l'EM, un autre style relationnel est proposé aux soignants : guider. Il s'agit d'une troisième voie, entre diriger (contraindre ou décider à la place du patient) et suivre (écouter sans chercher à intervenir).

### GUIDER, DIRIGER OU SUIVRE

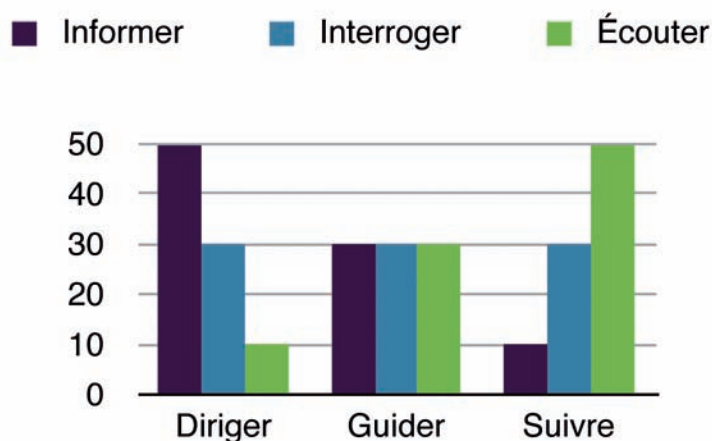
Ces trois styles utilisent des compétences relationnelles a priori identiques mais employées très différemment d'un style à l'autre. Interroger, écouter et informer sont trois savoir-faire utilisés dans un entretien avec un patient (voir figure 1, ci-contre).

Dans le style « diriger », la délivrance d'information est prépondérante devant, respectivement, l'interrogation et l'écoute. Dans le style « suivre », l'écoute est au premier plan, suivi par le questionnaire puis l'information.

Dans le style « guider » de l'EM, l'interrogation, l'écoute et l'information ont la même importance et reposent sur une pratique différente des autres styles. L'interrogation y recourt à des questions ouvertes dont l'objectif est de faire émerger un discours en faveur du changement plutôt que de recueillir les éléments factuels qui permettront de délivrer des informations et des conseils (attitude propre au style diriger). L'écoute est réflexive, c'est-à-dire que l'on renvoie au patient une partie de ce qui a été écouté, entendu et compris de son discours. Régulièrement, des résumés viennent synthétiser les éléments clés de son propos. Cette attitude, par le choix des reflets, favorise l'expression par le patient des éléments du changement et l'aide à résoudre son ambivalence face à celui-ci. Enfin, l'intervenant évite de délivrer l'information, il s'appuie au préalable sur les connaissances et les demandes du patient qu'il aura fait émerger par l'interrogation et l'écoute, et auxquelles il répond en fournissant, le cas échéant, des compléments d'information.

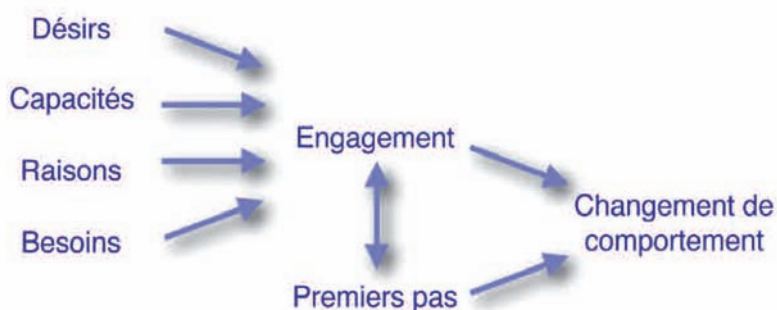
Le soignant va donc aider le patient à décider par lui-même du changement et de la manière de le conduire. Il intervient pour accompagner ce patient sur le chemin

**Figure 1. Place prise par les différentes compétences dans les styles relationnels**



In Rollnick S., Miller W. et Butler C., *Pratique de l'entretien motivationnel*, Dunod-InterÉditions, 2009, p. 37.

**Figure 2. Articulation des différentes formes de discours-changement**



In Rollnick S., Miller W. et Butler C., *Pratique de l'entretien motivationnel*, Dunod-InterÉditions, 2009, p. 63.

du changement, en guidant l'entretien et non le patient lui-même.

Favoriser l'autonomie et reconnaître son libre arbitre à l'égard du changement ne signifie pas pour autant que l'entretien reste sans objectif. Dans l'EM, l'intervenant a un ou des objectifs de modification du comportement du sujet pour sa santé. Il ne va pas les imposer mais va plutôt rechercher à faire émerger chez la personne le développement de facteurs motivationnels propices à ce changement en le guidant dans sa réflexion sur son propre objectif et les moyens de l'atteindre. Pour cela, il va être attentif aux modes d'expression du patient qui vont le guider dans son intervention.

### AMBIVALENCE ET CHANGEMENT

Face à un changement, les sujets sont souvent ambivalents, même si ce dernier est bénéfique pour leur santé. Nous savons tous qu'une activité physique régulière et une alimentation équilibrée jouent un rôle important pour notre santé. Pourtant, peu s'y tiennent. Car changer, c'est modifier des habitudes et gérer les aspects gênants de ce changement : se déplacer régulièrement pour consulter, prendre un traitement médicamenteux auquel sont associés des effets secondaires, faire des analyses biologiques régulières pour surveiller l'impact du traitement... Cette ambivalence apparaît dans le discours

des patients qui exposent aux soignants des arguments soulignant la difficulté du changement, voire prônant le *statu quo* : « Je n'aime pas prendre des médicaments », « Je ne veux pas être dépendant des traitements pour aller mieux », « L'hospitalisation ne me réussit pas, je m'ennuie trop », « Je préfère retourner à la fac plutôt que d'aller à l'hôpital de jour »... À l'opposé de ce discours-maintien, il existe un discours favorable au changement : « Avec les médicaments, je n'ai plus d'hallucinations », « Je sais que si j'arrête le traitement, je risque de me retrouver à nouveau hospitalisé et je ne le veux pas », « Le cannabis me fait délirer, il ne faut pas que j'en prenne »...

### LE DISCOURS-CHANGEMENT

Dans l'EM, ce discours-changement fait l'objet de toute l'attention du soignant. Il cherche à l'identifier dans les mots du patient et à en favoriser l'expression. La raison en est simple : plus le patient verbalise des éléments de discours-changement, plus grande sera la probabilité qu'il s'engage dans un processus de changement. Le clinicien va donc être attentif à l'expression du désir de changer de la personne, de son besoin de le faire, des raisons qui l'animent mais également de ses capacités à réaliser ce changement. Tous ces éléments vont favoriser un discours d'engagement vers le changement, voire des premiers pas qui sont autant de pépites que va récolter l'intervenant-chercheur d'or pour les redonner au patient. (voir figure 2 ci-contre).

Dans leur ouvrage *Pratique de l'entretien motivationnel*, Rollnick, Miller et Butler (2009) comparent le discours du patient à une prairie dans laquelle poussent des fleurs sauvages au milieu d'une herbe verte. Des « mauvaises herbes » sont présentes par endroits. L'enjeu de la conduite de l'entretien consiste à repérer dans le discours du patient les fleurs sauvages afin de les rassembler en bouquets qui lui seront présentés. Ces fleurs sont les expressions de discours-changement, les « mauvaises herbes » celles du discours-maintien et l'herbe verte le fond du discours. Avec cette métaphore, on mesure combien l'EM n'est pas une tentative pour manipuler le patient en lui faisant dire ce que l'on voudrait qu'il dise, mais, plutôt, un travail subtil pour identifier les éléments de changement présents dans son discours, pour les rassembler afin de construire avec lui une

# La motivation, un concept puzzle

Est-il possible de définir la motivation en quelques mots ? Dans ce domaine comme dans beaucoup d'autres, il n'existe pas une, mais plusieurs définitions, voici celle que je propose.

La motivation désigne une hypothétique force intra-individuelle protéiforme, qui peut avoir des déterminants internes et/ou externes multiples, et qui permet d'expliquer la direction, le déclenchement, la persistance et l'intensité du comportement ou de l'action.

Le niveau explicatif de la motivation est celui de l'individu. Appréhender la motivation d'un groupe veut donc dire, comprendre la, ou les forces, qui animent chaque membre du groupe et donc essentiellement celle(s) de l'individu en groupe.

Il est nécessaire de distinguer la motivation qui reste un hypothétique phénomène interne, de ses déterminants qui peuvent également être internes mais aussi externes. Par exemple si la menace d'une sanction (déterminant externe) peut expliquer le changement de comportement d'un élève, elle ne caractérise pas la nature de la force (ou motivation) qui modifie le comportement. Cette sanction doit avoir un relais interne par exemple en termes de peur, de honte ou d'anxiété pour expliquer la nature de la force (ou motivation) qui entraîne le changement de comportement.

Il n'existe pas une seule forme de motivation. La motivation est avant tout un terme générique, généralement utilisé à défaut d'une spécification plus précise sur la nature exacte de la force qui produit un comportement ou une action. En fonction du contexte, d'autres termes peuvent être utilisés pour définir plus précisément la nature de cette force. Les notions telles que « but », « besoin », « émotion », « intérêt », « désir », « envie », et bien d'autres encore, peuvent être utilisées pour une description plus précise.

Les conceptions théoriques qui permettent d'expliquer la motivation de l'individu sont multiples (au moins une centaine) et pour beaucoup multifactorielles. Les variables qui permettent de comprendre l'origine de la motivation sont, elles aussi, non seulement innombrables mais peuvent aussi être internes (comme les attributions ou les traitements automatiques de certaines informations) ou externes (comme une récompense). Les effets de cette force interne qu'est la motivation sont nombreux et variés.

### Direction

La motivation est une force qui oriente l'individu vers certaines finalités. Le comportement motivé a un sens qui peut être interprété ou analysé en fonction du ou des résultats produits.

Sans la prise en compte de la finalité du comportement, il peut être difficile d'interpréter et de comprendre la motivation qui le sous-tend. Par exemple, en vertu du sens qu'elle a pour l'individu, l'inaction peut être motivée. De même, certains comportements peuvent paraître inadaptés ou liés à des dysfonctionnements cognitifs (notamment ceux liés aux conduites d'échec) tout en étant clairement motivés.

### Déclenchement

Un des effets les plus visibles de la motivation est lié à la modification du comportement. Par exemple, la motivation va expliquer pourquoi l'individu passe du repos à l'activité.

Cependant, les modifications comportementales peuvent s'expliquer par des mécanismes cognitifs sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une motivation. Par exemple, l'individu peut comprendre que les moyens qu'il met en œuvre sont inadaptés pour produire le résultat recherché et donc décider en conséquence de modifier son comportement. Dans ce cas, le déclenchement de ce nouveau comportement est attribuable à la cognition, non à la motivation.

Si le déclenchement est, bien entendu, une modification du comportement, il marque également le début de quelque chose et confère à ce titre un sens au comportement. Le déclenchement n'est donc pas lié à un simple ajustement comportemental, mais révèle la présence d'une nouvelle motivation.

### Persistance

Adopter un comportement sur la durée peut s'expliquer d'un point de vue motivationnel à partir du moment où son maintien nécessite l'exercice volontaire d'une certaine force (les théories volitionnelles se basent sur le concept de volonté pour expliquer la persistance de l'action ; la théorie de l'autodétermination estime que le self cherche à satisfaire ses besoins fondamentaux).

Expliquer la persistance consiste donc à comprendre la nature de cette volonté à faire perdurer l'action ou le comportement.

### Intensité

L'intensité est sans doute l'effet motivationnel le moins ambigu. La production d'un effort s'explique nécessairement par la présence d'une force. Cette absence d'ambiguïté peut, dans certains cas, entretenir une certaine confusion. Un individu peut produire un effort avec pour objectif de paraître motivé en vue d'obtenir certains avantages octroyés par un observateur. Dans ce cas la finalité est d'apparaître motivé, et ce, indépendamment de la finalité de l'activité considérée.

Avec l'introduction des modèles volitionnels (Heckhausen, 1986 ; Achtziger & Gollwitzer, 2008 ; Gollwitzer, 1999 ; Kuhl, 1987), un changement paradigmatique s'installe, la motivation ne cherche non plus seulement à expliquer le comportement mais aussi la persistance de l'action.

L'impact de la motivation ne peut donc être restreint au seul comportement, mais doit être étendu à l'action. Cette dernière peut être envisagée comme une succession de comportements.

Dans cette perspective, une action ne peut persister que si elle est entretenue et entretient en retour la motivation.

Fabien FENOUILLET,  
Professeur de psychologie cognitive,  
Université Paris-Ouest Nanterre La Défense.

• Définition extraite du site de l'auteur : [www.lesmotivations.net](http://www.lesmotivations.net)

• Pour aller plus loin : *La motivation*, F. Fenouillet, Dunod, 2003 (voir rubrique Classique du soin, page 20).  
*Traité de psychologie de la motivation*, P. Carré et F. Fenouillet, dir. Dunod, 2009



autre perspective de sa situation. Parfois, les fleurs sauvages sont rares, mais elles existent toujours. L'intervention vise à aider le patient à les apercevoir et à soutenir son élaboration autour d'elles. Ces fleurs sont les siennes et non celles apportées de l'extérieur par le soignant. Pour cette raison, l'entretien va permettre de renforcer la motivation intrinsèque du patient. Il ne s'agit pas de le convaincre, mais de l'aider à découvrir les clés du changement qu'il porte en lui.

### DE L'ALCOOL AU RISQUE SUICIDAIRE

Dans la pratique clinique, l'EM est beaucoup utilisé dans le champ des addictions, et plus particulièrement en alcoologie dont il est issu (voir l'article de D. Lécalier p 60). Son efficacité a été évaluée par de nombreuses études cliniques randomisées et contrôlées (Carruzzo, 2009). À partir de l'addictologie, sa pratique s'est diffusée vers des domaines proches comme celui des troubles du comportement alimentaires ou de la question des comorbidités associant un trouble psychiatrique et l'usage de substance psychoactives. Une pratique de l'EM a également émergé auprès d'autres publics. Ainsi, chez les adolescents consommateurs de substances, les interventions basées sur l'entretien motivationnel permettent d'observer une diminution des problèmes et des conséquences négatives liés à l'usage de substances psychoactives. (O'Leary Tevyaw et Monti, 2004). Cet impact est particulièrement important chez les sujets présentant des niveaux de consommation élevés ou avec une motivation initiale plus faible pour modifier leurs usages. Des recherches et travaux cliniques ont également été entrepris pour adapter la pratique de l'entretien motivationnel auprès de personnes souffrant de schizophrénie ou de trouble psychotique. Ils ont permis de délimiter les aspects particuliers de la maladie sur lesquels l'utilisation de l'approche motivationnelle pourrait avoir un intérêt. (Bellack, 2006 ; Corrigan, 2001 ; Kemp, 1998). Ces travaux ont notamment montré que l'entretien motivationnel favorisait l'alliance thérapeutique et l'observance médicamenteuse (voir l'article de A. Gut-Fayand, p. 52). Une amélioration du score sur l'échelle d'évaluation globale de fonctionnement (EGF) a également été retrouvée. Chez des patients adultes présentant une comorbidité schizophrénie avec abus de substances (voir l'article de J. Favrod, p. 46),



© Pierre Albasser.

### Une association pour diffuser l'entretien motivationnel

Crée en 2003, l'Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel (Afdem) regroupe des professionnels désireux de diffuser les concepts et la pratique de l'entretien motivationnel (EM) dans le monde francophone.

Elle développe des formations à l'EM qui s'adressent à différents publics travaillant dans le soin, la prévention, l'action sociale ou éducative, dans un souci d'adaptation aux situations spécifiques rencontrées par chacun. Le réseau des formateurs de l'Afdem se réunit régulièrement pour garantir la qualité et l'homogénéité des contenus et de la méthodologie de formation.

L'Afdem promeut également l'échange et la réflexion autour des champs d'application de l'EM et diffuse une Lettre d'information. Enfin, l'association soutient et participe à des projets francophones de recherche sur l'entretien motivationnel.

L'Afdem est en lien avec le réseau international de diffusion et de promotion de l'entretien motivationnel (MINT, *Motivational Interviewing Network of Trainers*) initié par Miller et Rollnick.

• En savoir plus sur le site de l'association : [www.entretienmotivationnel.org](http://www.entretienmotivationnel.org)

l'utilisation de l'entretien motivationnel permet d'observer une réduction de la consommation d'alcool et de drogues avec, par exemple, une augmentation du nombre de jours d'abstinence sur 12 mois (Barrowclough, 2001).

### EM ET PATHOLOGIES CHRONIQUES

Aujourd'hui, la diffusion de l'EM se poursuit vers la prise en charge de patients présentant des pathologies chroniques somatiques, diabète et hypertension notamment. Dans ce contexte, l'EM permet d'accompagner le patient dans l'intégration de la nécessité d'un suivi médical dès l'apparition des troubles, puis ensuite il l'aide à modifier certains de ses comportements en faveur de sa santé (alimentation, activité physique, surveillance médicale, usage de substances psychoactives...) Cet élargissement aux pathologies chroniques et aux comportements de santé va sans doute s'accélérer. L'apparition de nouveaux traitements médicamenteux se ralentit et leur efficacité repose en grande partie sur le comportement du patient, seul à pouvoir décider de les prendre ou non. Dans de nombreuses pathologies, les comportements jouent par ailleurs un rôle prépondérant dans l'évolution et le pronostic.

Dans le champ de la santé mentale, de nombreuses pistes s'ouvrent également au-delà de celles déjà évoquées (Arkowitz, 2008). Des équipes s'intéressent par exemple à l'EM pour la prise en charge des personnes présentant un risque suicidaire important. Une question complexe mobilisant fortement les soignants qui, face à l'incertitude de l'évaluation du risque et des conséquences dramatiques de certains gestes, sont parfois particulièrement démunis pour définir une conduite à tenir. C'est pour tenter d'apporter un éclairage sur cette question qu'une équipe américaine s'est intéressée au rôle de la motivation intrinsèque dans la réduction de la suicidalité (Britton, 2008).

En s'appuyant sur l'EM, elle propose une intervention qui cherche à soutenir l'autonomie du patient, à le renforcer dans ses capacités à gérer les moments difficiles et à favoriser une version appropriée à la crise suicidaire du discours-changement : le discours-vie.

### UNE VISION COLLABORATIVE

L'EM modifie la relation soignant-soigné en proposant aux intervenants d'enrichir leur pratique avec un autre style relationnel. En psychiatrie, où les styles « suivre » et « diriger » sont utilisés depuis longtemps, l'EM ouvre de nouvelles perspectives dans l'accompagnement et le suivi des patients. Pour les soignants, il représente une aide dans l'abord des questions d'observance thérapeutique, enjeu majeur des prises en charge ambulatoires. Il s'inscrit également dans le développement des projets d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dont le rôle est de favoriser la participation des patients au parcours de soin et de leur permettre d'en être acteurs. Cette vision collaborative de la relation thérapeutique dessine les contours d'une nouvelle approche de la psychiatrie.

*1- Depuis une décennie, l'evidence based medicine (médecine basée sur des preuves ou des niveaux de preuve) « s'impose » aux professionnels de santé. Ce mouvement d'origine principalement nord-américaine prône qu'à chaque action de soin doivent correspondre des données probantes, issues de résultats de recherche d'un type précisément défini, et indiquant que l'action produira les effets désirés et bénéfiques pour le plus grand nombre.*

### BIBLIOGRAPHIE

- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R. & Rollnick, S. (2008). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. The Guilford Press.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., et al (2001) *Randomised controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders*. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1706-1713.
- Bellack A. S., Bennett M. E., Gearon J. S., (2006), *Behavioral Treatment for Substance Abuse in People with Serious and Persistent Mental Illness : A Handbook for Mental Health Professionals*, Brunner-Routledge, 2006, 288 p.
- Britton P.C., Williams, G.C., Conner K.R. (2008), « Self-Determination Theory, Motivational Interviewing, and the Treatment of Clients With Acute Suicidal Ideation », *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 64 (1), pages 52-66.
- Carruzzo E., Zimmermann G., Zufferey C., Monnat M., Rougemont-Buecking A., Besson J., Despland J.-N., (2009). *L'entretien motivationnel, une nouvelle « panacée » dans la prise en charge de patients toxicodépendants ? Une revue de littérature*. *Pratiques psychologiques*, 15 (4)
- Corrigan P. W. (2001), « Motivational Interviewing of People With Schizophrenia », *États-Unis : Medscape Psychiatry & Mental Health*, 2001, 25(3), p. 331-384
- Kemp R., Kirov G., Everitt B., Hayward P., David A. (1998), « Randomised controlled trial of compliance therapy », *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172, p. 413-419.
- Miller W., Rollnick S. (2002), *Motivational interviewing : preparing people for change*, 2<sup>e</sup> édition, États-Unis : The Guilford Press, 2002, 428 p.
- Miller W., Rollnick S. (2006), *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. (P. Michaud, D. Lécalier, trad.). Dunod-Interéditions. (Original publié en 2002)
- O'Leary Tevyaw, T. & Monti, P. M. (2004). *Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse : foundations, applications and evaluations*. *Addiction*, 99 Suppl 2, 63-75.
- Project Match Research Group (1997), « Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity : Project MATCH Posttreatment Drinking Outcomes », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 1997, 58, p. 7-29
- Rollnick, S., Miller, W., Butler, C. (2009) *Pratique de l'entretien motivationnel*. (P. Michaud, D. Lécalier, E. Languérand, trad.). Dunod-Interéditions. (Original publié en 2008).

**Résumé :** Comment accompagner les patients vers un changement de comportement en faveur de leur santé ? William Miller et Stephen Rollnick ont élaboré une méthode de communication centrée sur la personne, l'entretien motivationnel (EM). Il ne s'agit pas d'une forme de psychothérapie, mais d'une méthode de communication, une attitude relationnelle dans le lien entre les soignants et les patients. L'EM peut être utilisé par l'ensemble des intervenants d'une institution de l'aide-soignant au psychiatre. L'objectif est de favoriser la motivation personnelle du patient à modifier son comportement plutôt que d'essayer de le convaincre, voire de le contraindre à le faire. Cette approche suppose que chaque patient porte en lui la capacité à être motivé à changer de comportement et que le soignant peut, par son attitude, favoriser ou non le développement de cette aptitude ou changement.

**Mots-clés :** Accompagnement – Changement – Comportement de santé – Éducation pour la santé – Entretien motivationnel – Motivation – Outil de communication – Relation soignant-soigné – Soin psychiatrique.



## Glossaire

### La réactance

La réactance psychologique a été présentée par Jack Brehm en 1966. Cette théorie suppose que les personnes ont besoin de se sentir libre dans leurs comportements, que cette liberté soit réelle ou non. Lorsque ce sentiment de libre arbitre est menacé, le sujet va réagir afin de s'opposer à cette menace et retrouver sa liberté. Cette réactance peut conduire le sujet à défendre un point de vue pour affirmer sa liberté et non par adhésion à celui-ci. Dans une consultation, cette posture peut amener un patient à s'opposer à un conseil ou à une prescription donnée pourtant bénéfique pour lui, simplement parce que l'intervention du soignant est perçue comme venant entraver son libre arbitre.

• **Brehm, J. W. (1966).** *A theory of psychological reactance.* Academic Press.

### La balance décisionnelle

Changer de comportement implique de faire un choix entre le *statu quo* (situation actuelle) et le changement. Irving L. Janis et Leon Mann (1977) ont montré qu'avant de faire un choix, le sujet procède naturellement à une évaluation des avantages et des inconvénients. Dans leur conceptualisation graphique, Janis et Mann illustrent le conflit engendré par cette ambivalence avec la métaphore de la « balance décisionnelle » en montrant la richesse des facteurs intervenant dans tout mouvement de prise de décision. Ainsi, le changement est évalué par le sujet en termes de gains (bénéfices) et de pertes (coûts) dans huit directions : les gains et les pertes pour soi-même, les gains et les pertes pour les proches importants, l'approbation des proches importants, leur désapprobation, l'auto-approbation, l'auto-désapprobation. Le sujet oscille donc entre les aspects utilitaires (gains et pertes pour lui-même, pour les autres) et des considérations morales, sociales et d'estime personnelle (approbation, désapprobation des autres, de lui-même).

• **Janis I., Mann L. (1977).** *Decision Making : A Psychological Analysis of Conflict, Choice and Commitment.* Free Press. p. 512

### Le sentiment d'efficacité personnelle

Pour Albert Bandura (1977), le changement comportemental est influencé par l'efficacité personnelle perçue par le sujet (sentiment d'auto-efficacité). Cette perception peut être résumée en deux questions : « *Suis-je ou non capable de réaliser tel ou tel changement ?* » et « *Quel résultat puis-je attendre de ce changement ?* » La première évoque les attentes d'efficacité du sujet à l'égard de lui-même et de ses capacités à agir. La seconde porte sur la possibilité d'obtenir un résultat par une action conduite par lui-même. Les réponses à ces deux questions ont une valeur prédictive des chances d'engagement dans le changement, voire de réussite. Si une personne pense qu'elle n'est pas capable de mener un changement, les chances sont faibles qu'elles se donnent cet objectif de modification comportementale, même si elle est convaincue du bénéfice qu'elle pourrait en retirer. De même, si elle

se sent capable de réaliser le changement, mais qu'elle pense qu'il n'aura aucun effet, les chances seront également minces qu'elle s'y engage. L'engagement et la poursuite du changement supposent donc que le sujet se sente capable d'agir et qu'il perçoive cette action comme susceptible de produire un effet bénéfique pour lui.

• **Bandura A. (1977).** *Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change.* *Psychological Review*, 84 (2). p. 191-215

### Les stades du changement

Les stades du changement de James Prochaska et Carlo DiClemente (1982) sont une approche différente de l'entretien motivationnel qui peut être utile pour les soignants dans leur compréhension des différents états traversés par les patients dans un parcours de changement comportemental. C'est un modèle transthéorique de l'intention de changer qui suppose que les changements comportementaux se déroulent selon un processus avançant par étapes, chaque stade impliquant la réalisation de tâches spécifiques et variées. Six phases sont ainsi définies par les auteurs :

– **La pré-contemplation** correspond au moment où le sujet considère que son comportement n'est pas problématique. Il peut en mesurer les aspects négatifs, mais ceux-ci sont largement compensés par les effets positifs.

– **Au stade de la contemplation**, le sujet est plongé dans un état d'ambivalence prononcé vis-à-vis de son comportement. Il reconnaît qu'il a un problème et commence à penser sérieusement à le résoudre. Si le patient sait quel est l'objectif et parfois ce qu'il doit accomplir pour l'atteindre, il ne se sent pas forcément prêt à s'engager dans le changement.

– **Le stade de décision** est un stade théorique qui correspond à la prise de décision de changer de comportement.

– **À l'action** correspond le changement de comportement, c'est un stade particulièrement intense où le sujet met en place les stratégies élaborées précédemment.

– **Dans le stade du maintien**, le sujet doit consolider les gains obtenus grâce au changement de comportement tout en se prémunissant de la rechute.

Ces stades sont avant tout un outil de réflexion pour approcher et comprendre la complexité de la mise en œuvre d'un changement de comportement chez un sujet. Ce modèle permet notamment de dédramatiser la rechute et de comprendre sa place dans un parcours de changement. Il ne faut donc pas le percevoir comme un programme figé et linéaire, ni en déduire un mode d'intervention compartimentée, stade par stade. Tout comportement peut être subdivisé en plusieurs comportements. Une même personne peut évoluer dans des « stades » différents pour chacun de ces « sous-comportements ». Toute « globalisation » prend alors le risque d'invisibiliser certains efforts et mouvements du sujet en faveur du changement.

• **Prochaska J., DiClemente C. (1982).** *Transtheoretical therapy : toward a more integrative model of change.* *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 19. p. 276-288.