

L'entretien motivationnel est une technique psychothérapeutique qui a pour but d'amener un patient à résoudre son ambivalence face à un comportement problématique pour le conduire au changement. L'entretien motivationnel a été développé initialement dans l'addiction à l'alcool, et a également solidement confirmé son efficacité dans plusieurs domaines : l'utilisation du préservatif et l'observance médicamenteuse chez les patients atteints du VIH, le tabagisme, l'abus de substance, les règles hygiéno-diététiques dans la prévention des maladies cardiovasculaires. Notre objectif est de proposer une synthèse des concepts de l'entretien motivationnel dans la pratique quotidienne de l'entretien médical en nous référant au livre de Miller et Rollnick (2002).

Guillaume Fond

Université Paris
Est-Créteil, Pôle
de psychiatrie
du Groupe des
hôpitaux universitaires
de Mondor, INSERM
U955, Eq Psychiatrie
Génétique, Fondation
FondaMental
Fondation
de coopération
scientifique en soins
guillaume.fond
@gmail.com

Mots clés :

addiction ; entretien
motivationnel ;
schizophrénie ;
trouble
obsessionnel-
compulsif ; troubles
anxieux

Abstract: Motivational interviewing: some simple concepts for the practice

Motivational interviewing differs from other therapeutic approaches mainly by the therapist's attitude. He is the one who defends status quo and faces the patient who defends change. Resistance is not interpreted as coming only from the patient but as a sign of a mismatch between patient and therapist, which will lead the therapist to explore the causes of the dissonance in order to clarify and resolve the patient's ambivalence. The "trial" concept is fundamental, therefore by attributing failure not to the patient's stable internal factors but to circumstances. Relapse is more often a rule than an exception, and each relapse brings the therapist and patient closer to the consolidated success.

The techniques in Motivational interviewing are non-specific techniques and may be applied to all areas of medicine involving a doctor-patient relationship and the need for change.

Key words: Motivational interviewing; Addiction; Schizophrenia; Obsessive-compulsive disorder; Anxiety disorders

Entretien motivationnel : quelques concepts simples pour la pratique

L'entretien motivationnel ne se centre pas sur l'apprentissage de nouvelles capacités sociales, sur le remodelage des cognitions (comme les thérapies cognitives), ni sur la mise à jour d'éléments du passé (comme les psychothérapies psychodynamiques). Il est centré sur l'intérêt et les préoccupations actuels du patient. L'entretien motivationnel n'est pas un moyen d'imposer à une personne un changement qui ne serait pas cohérent avec ses valeurs essentielles et ses croyances. L'objectif n'est pas non plus d'aider les gens à s'accepter et à rester comme ils sont.

La théorie de l'entretien motivationnel a été initialement développée dans le domaine de l'addiction à l'alcool [1-6]. Cette technique peut être utilisée par tout médecin dans sa pratique quotidienne de l'entretien

médical, et ses indications pourraient être beaucoup plus vastes, notamment concernant l'alliance et l'observance thérapeutique des patients, quelles que soient la pathologie et la spécialité médicale du praticien. L'entretien motivationnel a prouvé son efficacité dans des domaines divers tel que l'utilisation du préservatif et l'observance médicamenteuse chez les patients atteints du VIH [7-11], le tabagisme [12-15], l'abus de substance [16-21], et les règles hygiéno-diététiques dans la prévention des maladies cardiovasculaires [22-25], entre autres.

La présentation des concepts se fonde sur le manuel de W. Miller et S. Rollnick [1]. Nous n'avons pas rappelé les stades classiques du changement de Prochaska et Diclemente (pré-contemplation, contemplation, décision, action, consolidation, rechute),

l'entretien motivationnel se focalisant sur les premières étapes du changement, à savoir la pré-contemplation et la contemplation (nous nous intéresserons uniquement à ces étapes dans cet article, car ce sont souvent celles qui posent le plus de difficultés aux cliniciens).

Le paradigme épuré de l'entretien motivationnel : la thérapie brève

La thérapie brève est l'échange minimal que peut pratiquer tout soignant (médecin, infirmier, pharmacien, etc.) face à un patient ambivalent par rapport à une maladie, un traitement ou un comportement nocif pour sa santé. *Thérapie brève* est une traduction abusive de l'anglais *brief therapy* qui désigne des thérapies allant « droit au but », sans ambages et non pas des thérapies de durées courtes, même si elles ont été conçues pour durer moins de six séances. Le nombre d'heures alloué à une démarche ne serait en effet pas l'un des facteurs prédictifs les plus fiables de succès thérapeutique [1].

La thérapie brève comporte la transmission par le thérapeute d'une information objective sur l'état de santé actuel du patient, un rappel de la liberté du patient du choix d'action, un avis professionnel non coercitif émis seulement à la demande explicite du patient, et un « menu d'options » lorsque plusieurs traitements sont possibles.

Description théorique du positionnement du patient au cours de l'entretien motivationnel

La résistance du patient n'est pas un obstacle

L'entretien motivationnel se distingue d'autres approches psychothérapeutiques en ceci qu'il met en lumière l'ambivalence du patient, sans l'attribuer à un mécanisme de défense lié à une personnalité pathologique, et sans attendre du patient une propension immédiate au changement et une attitude de « cothérapeute ». Le patient doute de sa capacité et de sa nécessité de changer. Le thérapeute va l'amener à travailler sur son sentiment d'efficacité personnelle, défini comme « la probabilité qu'une personne s'attribue de pouvoir changer un comportement ». La question « *d'après vous, quelle est la probabilité que vous changiez ?* », posée lors du premier entretien, serait le meilleur facteur prédictif du succès du changement au cours de la thérapie.

Être prêt

Le classique « j'arrête demain » (le tabac, l'alcool...) ne doit pas être interprété par le thérapeute comme une défense mais comme une information donnée par le patient sur la prochaine étape du changement.

Dépasser l'ambivalence

Il s'agirait d'un processus normal de la nature humaine [1]. L'absence de motivation du patient, qui frustre souvent les équipes soignantes, peut être le signe d'une ambivalence non encore résolue chez le patient. La bonne question n'est pas « pourquoi cette personne n'est-elle pas motivée ? » mais « par quoi cette personne pourrait-elle être motivée ? ». Les personnes seraient toujours motivées par quelque chose. L'ambivalence ne serait pas un obstacle au changement, elle rendrait au contraire le changement possible, à condition de ne pas y rester bloqué, ce qui va constituer l'objet des premières séances de la thérapie.

Techniques du thérapeute propres à l'entretien motivationnel

Les modalités d'ouverture de l'entretien

Pour éviter la plupart des dissonances (c'est-à-dire des oppositions dans le rapport collaboratif entre le thérapeute et le patient) qui peuvent survenir au cours de l'entretien, liées à une incompréhension entre les attentes du patient et celles du thérapeute, l'entretien peut s'introduire par une phrase du thérapeute annonçant le temps dont il dispose, une explication de son rôle et de ses objectifs, une description du rôle du patient, les détails dont on sera amené à s'occuper, et enfin une question ouverte du type « *de quoi préféreriez-vous parler aujourd'hui ?* » ou « *qu'est-ce qui vous préoccupe le plus ?* ».

L'attitude générale du thérapeute

Selon la théorie de Carl Rogers [1], les compétences déterminantes du consultant pour faciliter le changement sont l'empathie appropriée, être chaleureux sans être possessif, et enfin l'authenticité. L'empathie du thérapeute dans l'entretien motivationnel nécessite une écoute réflexive (qui renvoie en miroir au patient son discours ses ressentis et ses valeurs) bien contrôlée. Contrairement aux thérapies cognitives et comportementales, il ne s'agit pas simplement de la technique des « 4R » (Reformuler, Résumer, Renforcer, Recontextualiser) [26]. Le thérapeute peut utiliser des techniques de sous-évaluation (reformuler en minimisant la valence/charge émotionnelle du discours du patient pour lui permettre de le renforcer) ou la surévaluation (maximiser le discours du patient jusqu'à la caricature pour lui permettre de le critiquer en le réajustant).

Favoriser le discours-changement

Plus un patient argumente contre le changement au cours d'un entretien, et moins probable sera le changement : en effet, si le thérapeute mène l'entretien de façon directive, dans la confrontation, la résistance du patient augmente. Exemples de quelques questions ouvertes pour favoriser le discours-changement :

- *Que pensez-vous qu'il arrivera si vous ne changez rien ?*
- *En quoi aimeriez-vous que les choses soient différentes de ce qu'elles sont ?*
- *Comment aimeriez-vous que soit votre vie dans cinq ans ?*
- *Si vous pouviez faire un changement immédiatement, comme par magie, qu'est-ce qui pourrait s'améliorer pour vous ?*
- *Qui pourrait vous aider de façon efficace pour réussir ce changement ?*
- *Si vous décidiez de changer, quels seraient les moyens efficaces pour vous ?*
- *Sans s'occuper pour l'instant du « comment », que souhaitez-vous qu'il arrive ?*

Étiqueter positivement le patient (effet Pygmalion)

Le changement survient naturellement. Les gens qui croient avoir de bonnes chances de changer changent. Ceux dont les soignants croient qu'ils ont de bonnes chances de changer changent. Et ceux à qui on dit qu'on ne s'attend pas à une amélioration ne changent pas. L'effet Pygmalion représente la croyance du thérapeute (ou de l'équipe soignante) dans la capacité de changer du patient. Il peut donc être positif ou négatif selon la bienveillance et la confiance du ou des thérapeutes dans les chances de succès du patient. Le thérapeute pourra ainsi étiqueter positivement le patient, quel que soit son stade dans le processus de changement : « *vous êtes quelqu'un de bien, je vois que vous faites des efforts* », « *si j'étais à votre place je penserais comme vous* ».

Renforcer la divergence

La motivation naît de la divergence entre la situation actuelle (comportement) et l'idéal souhaité (valeurs de l'individu). Ce concept se rapproche de la dissonance cognitive des thérapies cognitives. Le patient ne change pas tant que la situation reste dans les limites acceptables. Le thérapeute pourra faire émerger la motivation au changement en renforçant la divergence. Il est parfois utile de comparer l'époque antérieure avec la situation présente : *Vous souvenez-vous de l'époque où les choses allaient bien pour vous ? Qu'est-ce qui a changé ? Racontez-moi comment vous vous êtes rencontrés et ce qui fait que vous vous êtes plu ? Comment ça se passait dans votre vie avant de prendre de la drogue ? Quel genre de personne étiez-vous à ce moment-là ?*

La confiance dans le changement

Si le patient a le sentiment de divergence (entre la situation actuelle et l'idéal souhaité) et la motivation mais qu'il reste pessimiste sur ses chances de réussir à changer, il va développer des mécanismes de défense pour diminuer la divergence : la dénégation (*cela ne va pas si mal*), la rationalisation (*de toute façon je n'en ai pas envie*) et la projection (*ce n'est pas mon problème, c'est le leur*). L'argument classiquement opposé est *j'ai essayé plusieurs fois et à chaque fois j'ai échoué*. Le thérapeute peut alors renforcer la confiance par la notion d'essai : l'abstinence est rarement effective après la première tentative de sevrage, et les fumeurs ou les personnes dépendantes à l'alcool nécessitent en général entre

3 et 5 sevrages avant l'arrêt effectif. L'essai est une étape indispensable du changement. Plutôt que d'expliquer l'échec par des facteurs internes et stables (*je n'y arriverai jamais*), on peut l'attribuer à des facteurs externes (*ce n'était pas le bon moment, je n'étais pas tout à fait prêt, je n'ai pas été assez persévérant*).

Interactions patient-thérapeute au cours de l'entretien motivationnel

La théorie de la réactance psychologique

Elle prédit une augmentation de l'attractivité d'un comportement problématique lorsque la liberté individuelle semble réduite ou mise au défi. On peut penser intuitivement qu'aggraver les conséquences négatives des comportements en majorant les punitions (en en faisant un instrument de dissuasion) va éloigner le patient du comportement problème, ce qui est rarement constaté en pratique : cette technique n'est pas efficace. Les critiques continuelles de la famille, par exemple, peuvent exacerber le comportement au lieu de l'atténuer. Un individu, dont toutes les sources de renforcement positif ou de valorisation sont épuisées, peut décider de poursuivre le comportement dont il attend du réconfort, même s'il doit payer le prix fort.

Le réflexe correcteur (righting reflex)

Les hommes semblent avoir le désir en eux de redresser les situations qui le nécessitent [1]. Lorsqu'une personne présentant un réflexe correcteur (R) rencontre une personne ambivalente (A), R se met à conseiller, enseigner, persuader, avertir ou argumenter en faveur de la solution à la situation d'ambivalence de A. A va alors opposer des arguments à R, et chacun va entrer dans une escalade, l'attitude de R sera d'autant plus forte s'il caractérise la réponse de A comme un déni ou une résistance. C'est le reproche implicite fait à A de ne pas coopérer, ou au moins d'attribuer le problème à sa pathologie et non à sa volonté. Or, la résistance dépendrait d'une interaction entre deux personnes, elle ne résulterait pas du seul comportement du patient. Certaines théories psychodynamiques interprètent la résistance comme symptomatique des conflits inconscients et des défenses psychologiques qui sont mises en place au cours de la prime enfance. L'attitude du thérapeute qui répond et peut entretenir la résistance du patient (ce qu'on pourrait appeler la « contre-résistance »). Le piège le plus fréquent est donc pour le thérapeute de prendre parti pour le changement. Une approche intéressante pour certains patients serait de proposer au patient de jouer le rôle du thérapeute, et le thérapeute de défendre le comportement problématique. Selon la théorie de l'inférence, le patient apprend en effet ce qu'il pense lorsqu'il entend ce qu'il raconte [26]. La solution que R tente de valoriser sera d'autant moins probable que A argumente pour la défendre. C'est donc au patient d'exprimer les arguments en faveur du changement.

Conclusion

L'entretien motivationnel présente une technique originale d'entretien médical, complémentaire des autres approches. Il ne s'agit pas de faire naître une motivation chez un patient qu'il n'aurait pas *a priori*, mais de l'interroger sur ses valeurs en fonction de son comportement problématique et de son

stade vis-à-vis du changement. Cette technique semblerait pouvoir grandement améliorer l'observance médicamenteuse et l'alliance thérapeutique chez les patients, mais ce domaine semble encore réservé en grande partie à l'addictologie et mériterait des études et des développements supplémentaires dans la pratique médicale générale.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références :

1. Miller WR, Rollnick S (trad Lécaillier D, Michaud P). L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement. Paris: InterÉditions; 2006.
2. Vasilaki EL, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol*. 2006;41:328-35.
3. Adamson SJ, Sellman JD. Five-year outcomes of alcohol-dependent persons treated with motivational enhancement. *J Stud Alcohol Drugs*. 2008;69:589-93.
4. Magill M, Apodaca TR, Barnett NP, Monti PM. The route to change: within-session predictors of change plan completion in a motivational interview. *J Subst Abuse Treat*. 2010;38:299-305.
5. Magill M, Mastroleo NR, Apodaca TR, Barnett NP, Colby SM, Monti PM. Motivational interviewing with significant other participation: assessing therapeutic alliance and patient satisfaction and engagement. *J Subst Abuse Treat*. 2010;39:391-8.
6. Cornelius JR, Douaihy A, Bukstein OG, Daley DC, Wood SD, Kelly TM, et al. Evaluation of cognitive behavioral therapy/motivational enhancement therapy (CBT/MET) in a treatment trial of comorbid MDD/AUD adolescents. *Addict Behav*. 2011;36:843-8.
7. Parsons JT, Golub SA, Rosof E, Holder C. Motivational interviewing and cognitive-behavioral intervention to improve HIV medication adherence among hazardous drinkers: a randomized controlled trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;46:443-50.
8. Picciano JF, Roffman RA, Kalichman SC, Walker DD. Lowering obstacles to HIV prevention services: effects of a brief, telephone-based intervention using motivational enhancement therapy. *Ann Behav Med*. 2007;34:177-87.
9. Naar-King S, Outlaw A, Green-Jones M, Wright K, Parsons JT. Motivational interviewing by peer outreach workers: a pilot randomized clinical trial to retain adolescents and young adults in HIV care. *AIDS Care*. 2009;21:868-73.
10. Chen X, Murphy DA, Naar-King S, Parsons JT. A clinic-based motivational intervention improves condom use among subgroups of youth living with HIV. *J Adolesc Health*. 2011;49:193-8.
11. Holstad MM, Dilorio C, Kelley ME, Resnicow K, Sharma S. Group motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications and risk reduction behaviors in HIV infected women. *AIDS Behav*. 2011;15:885-96.
12. Hettrema JE, Hendricks PS. Motivational interviewing for smoking cessation: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78:868-84.
13. Thyrian JR, Freyer-Adam J, Hannover W, Roske K, Mentzel F, Kufeld C, et al. Population-based smoking cessation in women post partum: adherence to motivational interviewing in relation to client characteristics and behavioural outcomes. *Midwifery*. 2010;26:202-10.
14. Bredie SJ, Fouwels AJ, Wollersheim H, Schippers GM. Effectiveness of Nurse Based Motivational Interviewing for smoking cessation in high risk cardiovascular outpatients: a randomized trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011;10:174-9.
15. Davis MF, Shapiro D, Windsor R, Whalen P, Rhode R, Miller HS, et al. Motivational interviewing versus prescriptive advice for smokers who are not ready to quit. *Patient Educ Couns*. 2011;83:129-33.
16. Santa Ana EJ, Wulfert E, Nietert PJ. Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75:816-22.
17. Rapp RC, Otto AL, Lane DT, Redko C, McGatha S, Carlson RG. Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing. *Drug Alcohol Depend*. 2008;94:172-82.
18. Carroll KM, Martino S, Ball SA, Nich C, Frankforter T, Anez LM, et al. A multisite randomized effectiveness trial of motivational enhancement therapy for Spanish-speaking substance users. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77:993-9.
19. Crits-Christoph P, Gallop R, Temes CM, Woody G, Ball SA, Martino S, et al. The alliance in motivational enhancement therapy and counseling as usual for substance use problems. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77:1125-35.
20. Ondersma SJ, Winhusen T, Erickson SJ, Stine SM, Wang Y. Motivation Enhancement Therapy with pregnant substance-abusing women: does baseline motivation moderate efficacy? *Drug Alcohol Depend*. 2009;101:74-9.
21. Stein MD, Herman DS, Anderson BJ. A motivational intervention trial to reduce cocaine use. *J Subst Abuse Treat*. 2009;36:118-25.
22. West DS, DiLillo V, Bursac Z, Gore SA, Greene PG. Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2007;30:1081-7.
23. Greaves CJ, Middlebrooke A, O'Loughlin L, Holland S, Piper J, Steele A, et al. Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2008;58:535-40.
24. Groeneveld IF, Proper KI, van der Beek AJ, van Mechelen W. Sustained body weight reduction by an individual-based lifestyle intervention for workers in the construction industry at risk for cardiovascular disease: results of a randomized controlled trial. *Prev Med*. 2010;51:240-6.
25. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev*. 2011;12:709-23.
26. Cottraux J. Psychothérapies comportementales et cognitives. Paris: Elsevier-Masson; 2011.

Entretien motivationnel : quelques concepts simples pour la pratique

- ▶ L'entretien motivationnel se distingue des autres approches thérapeutiques essentiellement par l'attitude du thérapeute, qui va défendre le *statu quo*, face au patient qui défendra le changement et découvrira ainsi sa motivation par inférence. Les résistances ne seront pas interprétées comme attribuables au seul patient mais le signe d'une dissonance entre patient et thérapeute qui amènera le thérapeute à en explorer les causes pour éclairer et résoudre l'ambivalence du patient. La notion « d'essai » est fondamentale, pour ne pas attribuer l'échec à des facteurs internes stables du patient mais à des circonstances. La rechute est davantage la règle que l'exception, et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.
- ▶ Les techniques de l'entretien motivationnel semblent aspécifiques et pourraient être potentiellement efficaces dans tous les domaines de la médecine faisant intervenir la relation médecin-patient et la nécessité de changement.