

**Pratique
de l'Entretien
Motivationnel en
santé mentale**

Sous la direction de:
■ Hal Azkowitz
William R. Miller
Stephen Rollnick

Pratique de l'Entretien Motivationnel en santé mentale

Préface d'Émeric Languérand

*Traduction de Monique Whalen
et Fatima Hadj-Slimane*

 InterEditions

L'édition originale de cet ouvrage a été publiée aux États-Unis par
The Guilford Press sous le titre
Motivational Interviewing In The Treatment of Psychological Problems,
2^e édition

Copyright © 2013 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.

Illustration de couverture : © akamaraqu - Fotolia.com

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© InterEditions, une marque de
Dunod Éditeur, 11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
ISBN 978-2-7296-1205-4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

TABLE DES MATIÈRES

<i>PRÉFACE À L'ÉDITION FRANÇAISE</i>	IX
<i>À PROPOS DES AUTEURS</i>	XXI
<i>CONTRIBUTEURS</i>	XXIII
<i>AVANT-PROPOS</i>	XXV
Chapitre 1. L'entretien motivationnel : apprentissage, applications et diffusion	1
La motivation dans la pratique clinique et la recherche	1
Qu'est-ce que l'EM ?	4
Les savoir-faire essentiels de l'EM	6
L'EM et les autres psychothérapies	17
Quel est le degré d'efficacité de l'EM ?	19
Pourquoi l'EM fonctionne-t-il ?	21
Comment les cliniciens apprennent-ils l'EM ?	23
Conclusions	27
Chapitre 2. Le protocole unifié : améliorer la motivation dans le traitement transdiagnostique des troubles émotionnels	37
Les troubles cliniques et les traitements habituels	38
La logique de l'intégration des stratégies d'aide à la motivation	40
Les applications cliniques	43
Une illustration clinique	46
Les études pertinentes	51
Les difficultés et les solutions proposées	52
Conclusions	54

Chapitre 3. Renforcer l'efficacité du traitement des troubles obsessionnels compulsifs	65
Les traitements habituels	66
L'utilisation de l'EM dans le traitement des TOC	67
Les applications cliniques	69
Les illustrations cliniques	76
Les questions encore sans réponses sur l'EM pour renforcer le traitement des TOC	80
Conclusions	85
Chapitre 4. Intégrer l'entretien motivationnel dans le traitement de l'anxiété	93
Les traitements habituels	94
L'utilisation de l'EM pour l'anxiété	94
Les applications cliniques	95
Les problèmes et les solutions proposées	113
Les études qui ont évalué l'efficacité de l'EM pour les troubles anxieux	114
Conclusions	116
Chapitre 5. Renforcer la motivation des personnes souffrant de troubles de stress post-traumatique et de comorbidités addictives	121
La population clinique	122
Les traitements validés pour le TSPT	124
Le TSPT et la comorbidité addictive	127
Les applications cliniques	129
Les difficultés et les solutions proposées	138
Conclusions	141
Chapitre 6. L'entretien motivationnel pour introduire la psychothérapie de la dépression chez les femmes	149
Les traitements habituels	150
L'adaptation de l'entretien motivationnel pour renforcer l'engagement dans le traitement de la dépression	150
Les applications cliniques	151
Les difficultés et les solutions proposées	168
Conclusions	171
Chapitre 7. L'entretien motivationnel et le traitement de la dépression	177
Les difficultés cliniques et les traitements habituels	178
L'utilisation de l'EM dans le traitement de la dépression	178
Les applications cliniques et les études pertinentes	179
Conclusions et futures directions	193

Chapitre 8. L'entretien motivationnel pour traiter les idéations suicidaires	201
Les traitements habituels	201
La difficulté clinique	202
L'entretien motivationnel pour les idéations suicidaires (EM – IS)	203
Les applications et les aspects cliniques	205
Une illustration clinique	210
La recherche actuelle et les conclusions préliminaires	219
Les difficultés potentielles	220
Conclusions	221
Chapitre 9. La pharmacothérapie motivationnelle	227
Difficultés cliniques et recherches	228
L'utilisation de l'EM dans ce contexte	230
Les applications cliniques	231
Les difficultés possibles	249
Conclusions	250
Remerciements	252
Chapitre 10. L'entretien motivationnel dans le traitement des addictions	257
Addiction et motivation	257
L'EM et les autres méthodes de traitement	258
L'EM dans le traitement des addictions	259
La recherche sur l'EM et les addictions	261
Les enjeux et les défis	262
Une illustration clinique	267
Conclusions	271
Chapitre 11. Les approches motivationnelles brèves pour traiter la dépendance au jeu	279
Les traitements habituels	280
L'utilisation de l'EM pour le jeu pathologique	281
Les applications cliniques	282
Les difficultés et les solutions proposées	299
Conclusions	300
Chapitre 12. L'entretien motivationnel et le sevrage tabagique des adolescents	305
Les traitements habituels	307
L'utilisation de l'EM pour l'arrêt du tabac chez les jeunes	310
Les applications cliniques et la recherche	312
Les applications cliniques	316
Les difficultés et les solutions proposées	323
Conclusions	324

Chapitre 13. L'entretien motivationnel dans les situations de violence conjugale	329
La problématique clinique	329
Les traitements habituels	330
L'utilisation de l'EM pour traiter la violence conjugale	334
Les applications cliniques	335
Une illustration clinique	339
Le processus de l'EM	344
Les difficultés et les solutions proposées	347
Conclusions	348
Chapitre 14. L'entretien motivationnel pour traiter les troubles alimentaires	355
Les traitements habituels	357
Les raisons de l'utilisation de l'EM	358
Les applications cliniques	359
Les difficultés et les solutions proposées	370
La recherche	371
Conclusions	373
Chapitre 15. Conclusions et orientations futures	379
La diffusion de l'EM	380
Qu'est-ce qui est essentiel à l'efficacité de l'EM ?	384
Est-ce enfin de l'EM ?	385
Pourquoi l'EM fonctionne-t-il ? trois hypothèses	386
Associer l'EM et la TCC	388
Les mesures et les mécanismes de l'EM	391
Les autres questions	392
Conclusions	395

PRÉFACE

À L'ÉDITION FRANÇAISE

*De l'empirique à l'implicite,
de l'implicite à l'explicite ?*

L'ouvrage que vous vous apprêtez à lire relève d'un paradoxe. Comme Bill Miller le rappelle dans le premier chapitre, l'entretien motivationnel (EM) n'a jamais eu comme vocation d'être une psychothérapie complète, mais plutôt un outil thérapeutique de prise en charge de l'ambivalence au changement. Pour autant, aborder, comme le fait cette entreprise collective, l'utilisation de l'EM dans le traitement des troubles psychologiques, conduit irrémédiablement aux frontières de l'activité psychothérapeutique. Ce livre franchit-il le Rubicon en conduisant ses lecteurs vers les terres de la psychothérapie ?

Avant d'apporter des éléments de réponse à cette question à partir des travaux des différents contributeurs à cet ouvrage, quelques éléments sur la genèse de l'entretien motivationnel s'imposent. À l'origine de l'EM, un homme : William R. Miller, psychologue américain, clinicien attaché à l'amélioration continue de sa pratique par l'étude et la formation à de multiples approches ou méthodes thérapeutiques. Il va être conduit dans le développement de sa pratique clinique à faire des choix contextuels et empiriques avec le souci constant de leur évaluation.

Dans son parcours, trois influences majeures interviennent. En premier lieu, la *thérapie centrée sur la personne* de Carl Rogers avec la notion d'*acceptation positive inconditionnelle du client*, l'idée d'un égalitarisme intervenant-client, l'importance d'une authenticité dans la pratique du thérapeute, un optimisme dans les possibilités d'évolution de la personne, une écoute réflexive cherchant à favoriser l'*auto-actualisation* du client, et enfin une approche empirique du style relationnel. À cette base théorique essentielle, viennent s'ajouter des éléments de psychologie sociale comme la *réactance psychologique* de Brehm et Brehm

menant aux notions de *réflexe correcteur* et de *résistance*, puis de *discord* et comme la *théorie de l'auto-perception* de Bem. Enfin, les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont nourri les stratégies thérapeutiques du jeune Miller avec, notamment, les travaux de Sobell et Sobell autour des stratégies de consommation contrôlée dans les comportements addictifs. Ce corpus théorique va former un terreau qui va nourrir le style clinique de Miller dans la prise en charge de patients présentant un trouble lié à l'utilisation de l'alcool. Face à ces patients dont on lui disait combien il était difficile d'établir une relation thérapeutique de qualité, le psychologue débutant va faire émerger de manière empirique un style clinique particulier en mettant à l'épreuve de la réalité ses connaissances théoriques. Ainsi, à partir des résultats obtenus lors de ses différentes tentatives, sa pratique va s'articuler peu à peu autour de l'utilisation de l'écoute réflexive faute de disposer, à l'époque, d'outils efficaces pour les patients alcooliques. Tout en pratiquant, il va s'attacher à identifier les dimensions actives et productives de ses interventions. Ceci va le conduire à découvrir l'importance de l'effet thérapeute et à s'intéresser au mécanisme psychologique du *changement naturel* – celui qui se produit apparemment sans intervention extérieure – en ayant l'idée de chercher à l'activer chez le patient. La description de ce style clinique va constituer le cœur du premier article publié sur l'Entretien motivationnel qui sera rédigé à partir des notes d'observation de la pratique de Miller lors de son passage à l'Hjellestad Clinic en Norvège. La collaboration avec le psychologue Stephen Rollnick va renforcer cette dynamique empirique et participer à la théorisation de l'EM.

Aux premiers éléments théoriques, d'autres notions vont s'ajouter et influencer le développement de l'EM et ses évolutions ultérieures : l'*écoute active* de Gordon, les travaux de Truax & Carkhuff sur l'authenticité dans la psychothérapie, la *dissonance cognitive* de Festinger, l'exploration des *valeurs personnelles* développée par Rokeach, les processus de décision – la *balance décisionnelle* – de Janis & Mann, le *sentiment d'efficacité personnelle* de Bandura et, plus récemment, la *théorie de l'autodétermination* de Deci & Ryan. Ces travaux vont être complétés, par la suite, par les nombreuses recherches visant à comprendre les mécanismes actifs de l'entretien motivationnel et à expliquer son efficacité afin d'en affiner la compréhension théorique et sa transmission aux futurs praticiens.

La synthèse de tous ces éléments va définir les différentes composantes de l'EM avec : des processus (engager la relation, se focaliser sur un objectif commun, favoriser le discours-changement, planifier), des compétences relationnelles (écoute réflexive, questions ouvertes, résumé, valorisation) et un état d'esprit (partenariat, acceptation, évocation, compassion).

L'EM n'apparaît donc pas dans un contexte « athéorique », mais est, au contraire, issu de la riche culture psychothérapique de ses auteurs. Cependant, il reste « athéorique » par son absence de définition de la motivation et de modélisation de son action. Même la notion paradigmatique de *discours-changement* et l'importance qui y est accordée ne constitue pas une ébauche de théorisation de la motivation. Le style relationnel est au centre de l'intervention et non l'effet psychothérapique, l'enjeu est d'activer un processus de décision et d'engagement déjà présent chez le patient et non de le changer. Pour autant, les auteurs utilisent des outils et des stratégies du champ de la psychothérapie comportementale et cognitive. Peut-on alors penser qu'une approche construite à partir des sciences cognitives, à la fois dans leur théorisation et dans leur application, est totalement dénuée d'effet psychothérapeutique ?

Observons son utilisation dans le champ de la santé mentale tel qu'il apparaît au travers des nombreux auteurs qui ont apporté leur contribution à l'ouvrage qui suit. Si historiquement, l'EM a été développé autour de l'usage problématique d'alcool, il s'est rapidement diffusé plus largement à l'ensemble du champ des addictions dans lequel il a rencontré toute une série de pathologies pour lesquelles on retrouve une comorbidité importante avec l'usage de substances psychoactives. Cette proximité à favoriser des expérimentations, puis une diffusion plus large dans le domaine de la santé mentale. Ainsi, les chapitres de ce recueil reflètent-ils cette dissémination dans une partie du spectre des troubles psychologiques et psychiatriques. On retrouve donc au sommaire aussi bien les troubles liés à l'usage de substances que la dépression, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles de stress post-traumatique, les troubles du comportement alimentaire, le jeu pathologique.

Face à ces différentes thématiques, plusieurs formes d'utilisation de l'EM nous sont présentées par les auteurs. La première, la plus évidente, et historiquement, celle qui a émergé rapidement dans les suites de la diffusion de l'EM dans le monde de la santé mentale, est l'intérêt de l'EM pour favoriser une motivation à s'engager dans un traitement psychothérapique. En effet, les patients engagés dans une thérapie, qu'elle soit médicamenteuse ou de type psychothérapeutique sont, bien souvent, pour une partie d'entre eux, ambivalents à l'égard de cet engagement. Les approches thérapeutiques restent encore fréquemment orientées vers la réduction, voire la disparition des manifestations symptomatiques. Les troubles ne sont pas cependant sans bénéfices pour le patient, sans conséquences positives. Sans revenir nécessairement à la notion freudienne d'attachement au symptôme, il n'en reste pas moins que certains patients anxieux sont attachés à des fonctionnements psychologiques pathologiques qu'ils croient utiles ou faisant partie de leur personnalité.

Favoriser l'émergence d'une ambivalence à l'égard de ces fonctionnements est indispensable pour permettre le travail psychothérapeutique. Ainsi, une personne souffrant d'anxiété a tendance à penser que son anxiété la protège d'un certain nombre de dangers, que son anticipation anxieuse est salutaire (et elle peut l'être). Pour d'autres, l'émotion est tellement incontrôlable ou douloureuse que l'évitement émotionnel est recherché et maintenu pour s'en protéger, comme dans les troubles liés aux traumatismes et au stress. Hélas, ces stratégies favorisent le maintien de la situation puisque l'évitement émotionnel conduit à l'évitement situationnel et empêche la personne de vivre des expériences contraires aux hypothèses préalables qui soutiennent cet évitement. Elle reste donc bloquée dans une vision pathologique d'elle-même, des autres et du monde. Pour autant, quand ces personnes consultent, elles se plaignent également de la place prise par leur anxiété ou des contraintes imposées par leurs évitements. Dans une thérapie, il est donc important de favoriser une motivation au changement dans le rapport du patient à ses émotions en travaillant sur cette ambivalence et en l'aidant à avancer vers une acceptation de ses émotions, chemin indispensable à l'apprentissage d'une gestion émotionnelle plus efficace.

Mais, au-delà de la motivation au changement, il importe également de s'intéresser à la motivation au traitement psychothérapeutique lui-même. Selon les thérapies, les exercices ou les tâches comportementales demandés au patient sont nombreux : prendre des notes dans un carnet de thérapie, pratiquer régulièrement la relaxation, s'exposer de manière répétée à des situations redoutées, etc. De fait, la faible motivation à s'engager dans la thérapie et les tâches associées est couramment observée par les thérapeutes. L'EM est alors utile pour renforcer l'engagement, notamment, dans des thérapies difficiles à mettre en œuvre en raison des efforts demandés comme, par exemple, dans les expositions avec prévention de la réponse, proposées aux patients souffrant de TOCs. Une technique qui les confronte à leurs réticences à s'exposer volontairement à l'anxiété, à renoncer au soulagement procuré par les rituels et à s'opposer à leurs croyances irrationnelles attachées aux TOCs.

Une interrogation apparaît alors : pour accompagner les patients dans un développement de leur motivation au changement ou à la thérapie, faut-il mettre en place des séances en préalable ou en parallèle des séances de psychothérapie ? Cette question reste ouverte par les auteurs qui présentent les caractéristiques de ces différentes options. Ces interventions motivationnelles peuvent donc prendre la forme, soit d'entretiens effectués préalablement à l'entrée dans la psychothérapie, soit de séances complémentaires d'EM en parallèle. De même, compte-tenu des comorbidités importantes, l'EM peut aussi être utilisé pour traiter un problème d'usage de substances en même temps que la prise en charge d'un trouble psychologique ou psychiatrique. Le dogme de la nécessité

de traiter la consommation de substances en amont n'étant plus de mise aujourd'hui.

En pré-thérapie ou en parallèle, les approches présentées dans ce recueil restent fidèles à l'entretien motivationnel « classique ». La situation va évoluer quand il va s'agir de travailler sur l'engagement dans le changement au sein même de l'approche psychothérapeutique. Les questions d'ambivalence, de modification des comportements, d'espoir et d'optimisme dans le changement, de sentiment d'efficacité personnelle jouent un rôle important dans bon nombre de pathologies et ce sont justement ces aspects qui sont pris en charge par l'EM. Certaines difficultés psychologiques peuvent être abordées comme un problème d'ambivalence : par exemple, vérifier ou ne pas vérifier dans les TOCs ; agir ou éviter dans les phobies ; vivre ou mourir dans le risque suicidaire, etc. Par ailleurs, l'abord de certains exercices ou techniques psychothérapeutiques nécessitent d'intégrer régulièrement dans le suivi de nouvelles tâches ou de nouveaux comportements à réaliser par le patient. Des « moments motivationnels » sont donc utiles au sein même des thérapies et représente un facteur de réussite de la thérapie, comme certains chapitres de cet ouvrage le soulignent.

De quelle intégration s'agit-il ? Selon les études présentées ici, on observe une mise en application des outils de l'EM dans la communication avec le patient en évitant les questions fermées et en s'appuyant sur OUVÉR (questions ouvertes, valorisation, écoute réflexive, résumé) et sur le partage motivationnel d'informations et de conseils (demander – fournir – demander) ; ou bien, une application de l'esprit de l'EM à la pratique psychothérapeutique (partenariat, acceptation, évocation, compassion) ; ou encore en s'appuyant sur les processus de l'EM dans la conduite de la thérapie (engager la relation, se focaliser sur un objectif commun, favoriser l'élaboration, planifier). Une telle démarche permet d'adapter le style thérapeutique au patient : certains ayant, par exemple, besoin de plus de directivité que d'autres. En s'appuyant sur les expériences passées du patient, le thérapeute va pouvoir construire avec le patient un programme thérapeutique qui tient compte des succès et des échecs thérapeutiques précédents. Le simple fait de laisser dans les exercices d'exposition le patient déterminer, avec l'aide du thérapeute, par quelle situation commencer est plus favorable à la réalisation effective de la tâche. De même, si accompagner le patient dans un objectif de modération de ses comportements problématiques n'est pas forcément satisfaisant d'un point de vue cognitivo-comportemental, cela permet de maintenir l'alliance thérapeutique et donc de continuer à avancer. Pour autant, cette intégration est loin d'être aisée et toujours pertinente. Quand l'approche psychothérapeutique utilisée n'est pas totalement congruente avec l'esprit de l'EM, le mélange des genres s'avère inefficace. Dans ce

cas, des sessions en parallèle modulables, selon les besoins, sont préférables.

Cette articulation de l'EM avec des approches thérapeutiques différentes est un champ de recherche important pour les années à venir. Comme le constatent les auteurs en conclusion de ce recueil, que cette articulation soit abordée dans une logique intégrative, séquentielle ou parallèle, de nombreuses questions restent posées : faut-il un même intervenant pour les deux formes d'intervention ? Comment mesurer que l'EM « intégré » continue de répondre aux critères définissant l'EM ? Quelle liberté est réellement laissée au patient de s'engager ou non dans la psychothérapie ? Quels déterminants permettent de choisir entre une approche intégrative, séquentielle ou en parallèle pour un patient donné ?

Enfin, une troisième direction apparaît à la lecture des pages qui suivent cette préface. L'EM pourrait être employé pour aborder des processus psychologiques profonds dans un accompagnement à visée psychothérapeutique. Ceci apparaît notamment à la lecture de certaines recherches qui ont mis en évidence un effet de l'EM sur des aspects qui n'étaient pas les cibles premières de la thérapie comme l'humeur ou l'anxiété dans des thérapies destinées, en premier lieu, à des patients souffrant d'un problème de santé, d'une dépression, d'un problème d'usage de substances ou ayant des comportements sexuels à risque. Cet usage de l'EM reste pour l'instant à explorer en raison notamment du caractère athéorique de celui-ci à l'égard de la définition de la motivation. Il manque, en effet, un schéma théorique explicatif permettant d'identifier les mécanismes sur lesquels agit précisément l'EM. Cependant, des processus actifs peuvent déjà être repérés pour ébaucher un début d'explication sur l'impact psychothérapeutique de l'EM.

Au travers des trois directions prises par l'utilisation de l'EM dans le champ de la santé mentale se déploie tout le spectre du rapport de l'EM à la psychothérapie. Quand il est utilisé comme méthode de communication destinée à favoriser l'engagement du patient dans le changement, en préalable ou en parallèle de la thérapie, nous sommes dans une approche dont la visée n'est pas psychothérapeutique. L'utilisation d'un style relationnel ne suppose pas de connaissances particulières en psychologie ou psychopathologie chez l'intervenant. Il s'agit d'activer un processus naturel de prise de décision et d'engagement, voire de résolution de l'ambivalence, et non d'une démarche introspective visant à une meilleure connaissance de soi ou à modifier des mécanismes comportementaux et cognitifs. L'EM se caractérise avant tout par un rapport à la résistance et à l'ambivalence différent de celui des autres formes d'accompagnement des patients. L'ambivalence est ici directement prise en charge ce qui est rarement le cas dans les autres thérapies. Elle est perçue comme un

processus normal de tout changement. La résistance n'est pas perçue comme un processus interne au patient reflétant un conflit psychique, mais le signe que la corde de la relation thérapeutique est désaccordée, qu'une discorde apparaît et qu'il est à l'initiative de l'intervenant de la prendre en charge pour la réduire. L'efficacité de l'EM repose sur l'attitude emphatique du thérapeute et la diminution de la résistance au cours des entretiens. L'intention de l'intervenant n'est pas de corriger des apprentissages dysfonctionnels par de nouveaux apprentissages. L'objectif n'est pas que le patient intègre des méthodes cognitives, comportementales ou émotionnelles dans son fonctionnement (par exemple, il n'y a pas d'apprentissage de la gestion des émotions, de la gestion des pensées automatiques ou des croyances irrationnelles ou de stratégies comportementales). L'EM est une manière différente d'approcher la relation thérapeutique avec l'idée que le patient est l'artisan du changement, que lui seul dispose des facteurs de motivation pertinents pour lui-même et qu'il est à même d'évaluer les solutions efficaces pour réaliser ce changement. Le rôle de l'intervenant n'est donc pas d'apporter le diagnostic et le traitement, mais d'aider le patient à définir le problème, à déterminer l'objectif et à l'aider à l'atteindre en ayant néanmoins le souci d'accompagner le patient dans une direction favorable à sa santé sans perdre de vue les stratégies thérapeutiques efficaces. Explicitement, aucun objectif psychothérapeutique n'est visible.

Mais, quand l'EM commence à être intégré plus profondément dans la conduite de psychothérapies, la question de son action, voire de son effet psychothérapeutique, commence à se poser avec plus d'acuité. Ce questionnement se renforce quand des études suggèrent, par exemple, que l'EM seul peut améliorer l'humeur de patients dépressifs. Par ailleurs, les études montrent qu'une expression artificielle de discours-changement n'est pas efficace pour favoriser l'engagement. L'EM n'est donc pas une version moderne de la méthode Coué reposant sur la répétition de mantras en faveur du changement. Si ce n'est pas grâce à un pur effet de discours que l'EM est efficace, des processus plus profonds sont donc à l'œuvre.

L'hypothèse psychothérapeutique qui peut être avancée est qu'au-delà de l'effet direct de l'intervenant lors des séances et des changements qu'il favorise par son approche et que rappellent les auteurs à la fin de l'ouvrage, c'est une forme de *restructuration cognitive* qui s'opère. En effet, comment penser que l'utilisation d'outils issus de la psychothérapie n'aurait aucun effet psychothérapeutique, même quand aucune intention psychothérapeutique n'est présente. L'approche centrée sur la personne de Carl Rogers a beaucoup influencé la pratique de Miller et, par conséquent, la construction de l'entretien motivationnel. La fonction de l'empathie rogorienne est de favoriser l'auto-actualisation du client et

donc une évolution de son système de pensée, de ses croyances. L'usage central de l'écoute réflexive dans la conduite des entretiens ne peut que favoriser la reproduction de cet effet sur le patient.

Au cours des entretiens, la mise au jour des valeurs et des objectifs personnels a une dimension introspective participant à la découverte de soi. L'EM permet de resituer les objectifs thérapeutiques dans des objectifs plus globaux de vie que la simple disparition des symptômes, ceci renforçant l'engagement du patient dans la thérapie. Pour autant, pour être efficace, il ne s'agit pas de perdre de vue l'approche concrète caractéristique de l'EM en restant sur des objectifs trop généraux et globalisants. C'est donc un aller-retour entre objectifs thérapeutiques spécifiques et objectifs généraux qui s'opèrent. Émerge ainsi une perception positive de la dynamique thérapeutique, c'est-à-dire comme n'étant pas uniquement une démarche pour réduire les difficultés et problèmes, mais un chemin vers une vie plus positive et donc en accord avec les valeurs et objectifs de vie personnels du patient. En cela, l'utilisation de l'EM s'inscrit dans une démarche qui rejoint celle de la psychologie positive, une des évolutions récentes de la psychothérapie. Par ailleurs, l'écoute réflexive est un moyen de faire évoluer des comportements en aidant le patient à percevoir combien ceux-ci sont délétères pour ses objectifs et valeurs personnels, combien ils entrent en conflit avec ce qu'il souhaite pour sa vie et pour lui-même. Cela conduit à une véritable évolution dans le système de représentation du patient, dans ses schémas de pensée et, par conséquent, à une modification de certaines croyances irrationnelles, c'est-à-dire inadaptées par rapport à la réalité du patient.

Cette dynamique se retrouve également dans la recherche du développement du sentiment d'efficacité personnelle qui s'appuie sur le renforcement positif en aidant le patient à percevoir les conséquences positives de certaines de ses actions et ainsi d'augmenter sa confiance dans ses capacités. L'objectif est aussi d'aider le patient à réattribuer les causes de ces échecs à d'autres facteurs que ceux liés à la thérapie ou à lui-même. Chercher ainsi à renforcer la confiance en soi, c'est renforcer l'un des piliers de l'*estime de soi*. Nous sommes donc bien dans une évolution de la perception de soi et, donc, dans une modification des croyances erronées sur soi. De même, derrière l'exploration de l'ambivalence ou les stratégies pour favoriser le discours-changement comme *regarder en arrière*, *se projeter en avant* ou *questionner les extrêmes*, le moteur clinique est la recherche de renforceurs positifs ou négatifs. Dans la continuité de cette dynamique, la résolution de l'ambivalence suppose un processus d'identification des priorités et de modification de leur hiérarchisation impliquant là aussi une restructuration cognitive.

L'EM touche donc à mécanismes cognitifs au cours des entretiens et, à cet égard, l'ouvrage qui suit en comporte bon nombre d'illustrations. Dans certaines interventions, on observe ainsi une intrication entre les

processus motivationnels et les processus thérapeutiques. Par exemple, favoriser la motivation du patient à travailler sur son rapport aux émotions implique de favoriser une motivation à l'acceptation émotionnelle. L'exploration de l'ambivalence favorise aussi l'acceptation par le patient de celle-ci et participe ainsi à l'acceptation de lui-même et à la diminution des auto-jugements négatifs. Le fait d'explorer les comportements du patient dans une atmosphère d'acceptation incite ce dernier à modifier le regard qu'il porte lui-même sur ses comportements et favorise donc l'acceptation inconditionnelle de soi. Cette acceptation est l'un des objectifs essentiels de toute psychothérapie.

L'EM affirme le droit à l'ambivalence aussi bien pour les intervenants que pour les patients. L'exploration par l'écoute réflexive du discours-maintien et du discours-changement aide le patient à percevoir son ambivalence comme légitime et à l'accepter, voire à lui permettre d'en faire quelque chose de favorable au changement. Un anxieux n'a pas à abandonner totalement son anxiété, mais à en garder les aspects efficaces, c'est cette nuance que l'exploration de l'ambivalence peut faire surgir. Là encore, c'est bien une évolution de la perception de soi à laquelle on assiste.

Dans les thérapies comportementales et cognitives, l'action du thérapeute va consister à enseigner au patient à agir lui-même sur ses mécanismes afin qu'il puisse poursuivre le travail entre les séances jusqu'à devenir autonome dans la gestion des aspects dysfonctionnels de son comportement. S'il n'y a pas de volonté de transmettre une méthode dans l'approche motivationnelle, nous pouvons néanmoins formuler l'hypothèse que la manière dont l'intervenant conduit l'entretien en EM peut modéliser un certain comportement cognitif. Par un apprentissage vicariant, le patient va intégrer une manière d'aborder ses propres difficultés qu'il va reproduire de lui-même par la suite. L'esprit de l'EM peut ainsi être mis en mouvement par le patient lui-même dans son rapport à ses propres objectifs de changement. Éviter le réflexe correcteur pour soi-même permet de développer une bienveillance plus efficace pour s'aider soi-même à avancer en direction du changement. Cela suppose d'être dans l'acceptation inconditionnelle de soi, de former avec les différents aspects de soi-même un partenariat efficace, de réfléchir et de soutenir l'auto-élaboration et, bien évidemment, d'avoir comme souci de s'aider à soulager sa souffrance plutôt que de la nier ou de la juger. Quand cette relation avec soi-même est engagée sur ces bases, le patient peut au travers de ses entretiens motivationnels apprendre à définir des objectifs plus réalistes tout en recherchant leur accord avec ses valeurs personnelles. Il peut apprendre à explorer son ambivalence pour la résoudre, puis à questionner sa motivation pour faire émerger du discours-changement (« Finalement, qu'est-ce qui est important pour moi dans ce changement ? », « quelle est ma confiance dans mes capacités à le réaliser ? », « de quelles ressources je dispose ? »). Enfin, lors de l'activation du processus de planification, la place accordée à des

techniques de résolution de problèmes et à des stratégies comportementales ne peut que favoriser un apprentissage par le patient de la manière de construire un plan de changement, un travail que le patient pourra poursuivre par lui-même au-delà de la thérapie, un facteur de réussite et de maintien. Nous pouvons d'ailleurs faire également l'hypothèse que la persistance de l'effet de l'EM après l'arrêt des séances, observée dans certaines recherches, pourrait reposer en partie sur l'internalisation par le patient des mécanismes psychothérapeutiques implicites. Ceci pourrait expliquer pourquoi l'impact de l'EM n'est pas durable chez des patients présentant des troubles psychiatriques dans lesquels la perturbation des mécanismes de mémorisation est importante, comme dans les troubles psychotiques.

Toutes ces hypothèses restent à valider ou à invalider. Elles soulignent comment l'EM peut être amené à produire des effets psychothérapeutiques, même quand l'intention de l'intervenant ne va pas volontairement dans cette direction. Elles invitent à poursuivre les recherches pour comprendre les mécanismes à l'œuvre derrière ces effets, mais également à envisager de construire de nouvelles interventions psychothérapeutiques reposant principalement sur l'application de l'EM dans la prise en charge de certains troubles.

Cet ouvrage nous offre donc un panorama de la diversité des pratiques de l'EM dans la prise en charge des troubles psychologiques et psychiatriques. Il est illustré de nombreux exemples de programmes et de stratégies d'intervention, de vignettes cliniques et d'extraits d'entretiens, de bibliographies riches sur chaque thématique, de recommandations pour des recherches futures sur l'application de l'EM dans le champ de la santé mentale. Il invite les psychothérapeutes à intégrer l'EM dans leur pratique afin de pouvoir prendre en charge l'ambivalence, de développer leur capacité de repérage des manifestations subtiles de la résistance au changement et ainsi de corriger leur intervention en conséquence, d'être sensible aux expressions de discours-changement et aux possibilités de le favoriser. Ce livre nous invite ainsi à percevoir la puissance de l'outil motivationnel au service de l'accompagnement psychothérapeutique.

Pendant longtemps, et encore aujourd'hui, l'EM a été perçu dans le monde de la psychothérapie, notamment comportementale et cognitive, comme une technique à utiliser quand le patient semblait être peu motivé à s'engager dans un changement comportemental. L'EM peut effectivement contribuer, nous l'avons vu, à cette fonction. Mais ce que nous révèle en creux cette deuxième édition de recueil de textes autour de la pratique de l'EM dans le champ de la santé mentale, c'est la possibilité d'utiliser l'EM pour traiter et modifier certains mécanismes psychologiques à l'œuvre dans bon nombre de difficultés et de troubles psychologiques. Ce livre s'inscrit donc dans le mouvement à la fois intégratif et

transdiagnostique qui s'affirme ces dernières années dans le champ de la psychologie et de la psychothérapie. Beaucoup de chemin reste encore à parcourir dans cette direction et cet ouvrage est un guide précieux pour continuer à s'y engager et à avancer.

Emeric Languérand
Psychologue et psychothérapeute
Centre Hospitalier Sainte-Anne (Paris)

À PROPOS DES AUTEURS

Le Docteur **Hal Arkowitz** est professeur associé de psychologie à l'Université d'Arizona. La compréhension des changements de comportements est un de ses principaux intérêts de recherche. Le Docteur Arkowitz a publié de nombreux ouvrages de psychothérapie et d'entretien motivationnel (EM). Il est un des chroniqueurs du « Scientific American Mind » et il est l'ancien rédacteur en chef du « Journal of Psychotherapy Integration ». Le Dr Arkowitz maintient une pratique clinique active.

Le Docteur **William R. Miller** est professeur émérite de psychologie et de psychiatrie à l'Université du Nouveau-Mexique. C'est lui qui a introduit le concept de l'EM comme méthode clinique, dans un article écrit en 1983. Avec plus de 50 livres publiés et plus de 400 articles, il a été désigné par l'Institut d'informations scientifiques, comme l'un des scientifiques les plus cités dans le monde au cours 25 dernières années. Le docteur Miller est coauteur avec Stephen Rollnick, de l'ouvrage référence : *L'Entretien Motivationnel ; aider la personne à engager le changement*, aujourd'hui dans sa deuxième édition.

Le Docteur **Stephen Rollnick** est professeur honoraire au département de soins primaires et de santé publique de l'Université de Cardiff, au Pays de Galles, Royaume-Uni. Le Docteur Rollnick a publié de nombreux ouvrages sur l'EM et le changement de comportement et il s'intéresse particulièrement à la complexité des consultations de santé et de soin social.

CONTRIBUTEURS

Hal Arkowitz, PhD, Department of Psychology, University of Arizona, Tucson, Arizona

Adi Aviram, MA, Department of Psychology, York University, Toronto, Ontario, Canada

Iván C. Balán, PhD, Anxiety Disorders Clinic, New York State Psychiatric Institute, New York, New York

David H. Barlow, PhD, Center for Anxiety and Related Disorders, Boston University, Boston, Massachusetts

Kate H. Bentley, MA, Center for Anxiety and Related Disorders, Boston University, Boston, Massachusetts

James F. Boswell, PhD, Department of Psychology, University at Albany, State University of New York, Albany, New York

Peter C. Britton, PhD, Center of Excellence, Canandaigua VA Medical Center, Canandaigua, New York

Stephanie C. Cassin, PhD, CPsych, Department of Psychology, Ryerson University, Toronto, Ontario, Canada

Suzanne M. Colby, PhD, Center for Alcohol and Addiction Studies, Brown University, Providence, Rhode Island

Katherine M. Diskin, PhD, RPsych, Canadian Forces Health Services Centre, Canadian Forces Base Esquimalt, Victoria, British Columbia, Canada

Michelle L. Drapkin, PhD, Department of Psychology, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Heather Flynn, PhD, Department of Medical Humanities and Social Sciences, Florida State University College of Medicine, Tallahassee, Florida x Contributors

Josie Geller, PhD, RPsych, Eating Disorders Program, St. Paul's Hospital, Vancouver, British Columbia, Canada

Nancy K. Grote, PhD, School of Social Work, University of Washington, Seattle, Washington

David C. Hodgins, PhD, Department of Psychology, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada

Roberto Lewis-Fernández, MD, Department of Psychiatry, Columbia University Medical Center, Columbia University, and New York State Center of Excellence for Cultural Competence and Hispanic Treatment Program, New York State Psychiatric Institute, New York, New York

William R. Miller, PhD, Departments of Psychology and Psychiatry, University of New Mexico, Albuquerque, New Mexico

Theresa B. Moyers, PhD, Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions, University of New Mexico, Albuquerque, New Mexico

Sylvie Naar, PhD, Pediatric Prevention Research Center, Wayne State University, Detroit, Michigan

Stephen Rollnick, PhD, Institute of Primary Care and Public Health, Cardiff University, Cardiff, Wales, United Kingdom

Helen Blair Simpson, MD, PhD, Department of Psychiatry, Columbia University Medical Center, Columbia University, New York, New York

Jennifer L. Swan, BA, Department of Psychology, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada

Holly A. Swartz, MD, Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania

Henny A. Westra, PhD, Department of Psychology, York University, Toronto, Ontario, Canada

Erica M. Woodin, PhD, Department of Psychology, University of Victoria, Victoria, British Columbia, Canada

Rebecca Yeh, BA, Center for the Treatment and Study of Anxiety, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

David Yusko, PsyD, Center for the Treatment and Study of Anxiety, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Allan Zuckoff, PhD, Department of Psychology, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania

AVANT-PROPOS

L'entretien motivationnel a été développé à l'origine par William R. Miller et Stephen Rollnick, comme une approche permettant d'accompagner les personnes vers le changement. L'impact de l'EM sur la recherche et les pratiques dans les domaines de l'addiction et de la santé a été considérable, aux États-Unis et dans de nombreux pays.

Cette attractivité de l'EM s'explique de plusieurs façons. Premièrement, il répond directement au problème commun à toutes les thérapies : l'ambivalence des clients face au changement. Les objectifs essentiels de l'EM sont d'aider les personnes à résoudre leur ambivalence et à augmenter leur motivation interne pour engager le changement. En second lieu, c'est une méthode souple qui peut être employée en thérapie unique, en pré-thérapie ou en complément d'autres thérapies ; c'est aussi un moyen efficace de motiver les personnes ayant besoin de soins à en faire la demande, et il sert parfois de cadre intégratif pour conduire d'autres thérapies. Troisièmement, la quantité de données probantes démontrant l'efficacité et l'efficience de l'EM dans les problématiques d'addiction et de santé est considérable. Quatrièmement, la recherche a démontré que l'EM obtient des effets thérapeutiques importants en relativement peu de séances. Ces caractéristiques attractives font que l'EM a beaucoup à offrir dans le champ de la psychothérapie.

Nous avons écrit dans la préface de la première édition, « ... il est surprenant que l'EM soit aussi peu utilisé ou étudié en dehors des domaines de l'addiction et de la santé. » Comme le démontrent les chapitres qui suivent, la situation a bien changé. L'EM est aujourd'hui mis en pratique dans de nombreuses autres problématiques. Cette édition inclut des chapitres sur l'EM et les idéations suicidaires, l'EM et la violence conjugale, et l'EM dans le traitement transdiagnostique des troubles émotionnels. À l'époque de la première édition, peu de recherches avaient été conduites dans ces domaines. Les travaux publiés aujourd'hui utilisent des modèles de recherches bien plus rigoureux que par le passé.

Le champ d'application s'est élargi et le nombre d'études empiriques a augmenté. La capacité de l'EM à augmenter la motivation chez les clients et à améliorer les résultats cliniques lui a permis d'acquérir une

place prépondérante dans le champ de la psychothérapie. Cette seconde édition a pour objectif d'encourager cet élan.

Les différents chapitres présentent les avancées de la recherche et de la pratique de l'EM. Chacun d'entre eux décrit un trouble clinique et ses traitements habituels, la façon dont a été utilisé l'EM pour le traiter, les modifications qui ont été nécessaires pour l'adapter aux problématiques et aux populations concernées, ainsi que des cas cliniques détaillés et un résumé des études congruentes.

Une relecture de la littérature récente sur l'EM a mis à jour des extensions des problématiques thérapeutiques qui n'ont pas été abordées dans ce livre. Nous les avons énumérées ci-dessous. Malheureusement, ces travaux ont été publiés trop tard pour que nous puissions inviter leurs auteurs à contribuer à cet ouvrage.

- Les phobies : Abramsky (2013)
- Les délinquants sexuels : Marshall et O'Brien (2014)
- Les troubles du sommeil : Willgerodt, Kieckhefer, Ward, et Lenz (2014)
- Apprendre l'EM aux parents de jeunes adultes schizophréniques : Smeerdijk et al. (2014)

Un grand chemin reste encore à parcourir pour que soient développées des méthodes de traitement incorporant l'EM, adaptées à une gamme plus large de troubles cliniques, et pour que ces traitements puissent être évalués avec des outils de recherche fiables. Nous souhaitons par cet ouvrage encourager un travail continu sur l'EM et le champ de la psychothérapie.

Ce livre est une véritable collaboration des coauteurs. William R. Miller et Stephen Rollnick dirigent déjà de nombreux travaux et programmes de recherche clinique sur l'utilisation de l'EM pour les problématiques de l'addiction et de la santé. Hal Arkowitz dirige des travaux cliniques et un programme de recherche où l'utilisation de l'EM a été étendue aux soins de la dépression et de l'anxiété.

Les praticiens de différentes disciplines trouveront dans ce livre une abondance d'informations sur les applications de l'EM, ainsi que de nombreuses histoires de cas et des vignettes. Les chercheurs cliniques y trouveront une source d'hypothèses à tester sur l'efficacité, l'efficience et les mécanismes de l'EM. Les étudiants des cycles supérieurs de psychologie clinique et de counseling, ainsi que ceux qui étudient le travail social trouveront également ce livre plein d'intérêts. Nous considérons l'EM comme un outil clinique, qui n'est pas en compétition avec les autres interventions, qui ne les remplace pas non plus, mais qui peut être intégré à différents types de psychothérapies. Nous attendons avec intérêt de voir ce que la recherche et la pratique à venir révéleront d'une telle intégration.

L'un d'entre nous (H.A.), enseigne depuis plusieurs années un stage pratique de recherche clinique sur l'EM aux étudiants des cycles supérieurs en psychologie clinique à l'Université de l'Arizona. Ce stage est très populaire et à sa suite la plupart des étudiants expriment leur intention d'incorporer l'EM à leur travail clinique à venir et à leurs futurs travaux de recherche. Cela a déjà été le cas pour plusieurs d'entre eux. Pendant deux décennies, l'un d'entre nous (W.R.M.), a offert un stage pratique d'introduction à l'EM dans le cadre du programme doctoral de psychologie clinique de l'Université du Nouveau-Mexique. L'EM y est décrit comme un instrument de consultation et de counseling qui peut être utilisé dans différents types d'interventions. Nous espérons que d'autres universités offriront des enseignements sur l'EM. S'ils le font, ce livre pourra leur servir de texte de référence ou de lecture complémentaire pour les séminaires et stages sur d'autres formes de psychothérapies.

RÉFÉRENCES

- ABRAMSKY, L. (2013). *Therapist self-disclosure and motivational interviewing statements on treatment seeking of aviophobics*. Unpublished doctoral dissertation, Hofstra University, Hempstead, New York.
- MARSHALL, W. L., & O'BRIEN, M. D. (2014). Balancing clients' strengths and deficits in sexual offender treatment: The Rockwood treatment approach. In R. C. Tafrate & D. Mitchell (Eds.), *Forensic CBT: A handbook for clinical practice* (pp. 281–301). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- SMEERDIJK, M., KEET, R., DE HAAN, L., BARROWCLAW, C., LINSZEN, D., & SCHIPPERS, G. (2014). Feasibility of teaching motivational interviewing to parents of young adults with recent onset schizophrenia and co-occurring cannabis use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *46*, 340–345.
- WILLGERODT, M., KIECKHEFER, G. M., WARD, T. M., & LENTZ, M. J. (2014). Feasibility of using actigraphy and motivational-based interviewing to improve sleep among school-age children and their parents. *Journal of School Nursing*, *30*, 136–148.

Chapitre 1

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL : APPRENTISSAGE, APPLICATIONS ET DIFFUSION

William R. Miller – Hal Harkowitz

Depuis la première description clinique de l'entretien motivationnel (EM; Miller, 1983) la recherche et les applications cliniques se sont multipliées. De son utilisation originelle avec les personnes ayant des problèmes de consommation d'alcool, l'EM est actuellement mis en œuvre dans bien d'autres domaines, comme la promotion de la santé, le travail social, la psychothérapie, le coaching, la médecine, la dentisterie, et l'éducation. Dans ce chapitre, nous présentons l'entretien motivationnel et une vue d'ensemble de ses adaptations en pratique clinique, et nous examinons ensuite les données factuelles, le fonctionnement de l'EM et son apprentissage par les cliniciens.

LA MOTIVATION DANS LA PRATIQUE CLINIQUE ET LA RECHERCHE

Le concept de la motivation a joué un rôle important dans l'histoire de la psychologie (Cofer & Apley, 1964; Myers, 2011; Petri & Govern, 2012), même si cette base de connaissances scientifiques a rarement été mise en application dans la psychothérapie. Ce concept de la motivation est particulièrement pertinent pour les clients qui semblent « bloqués ». D'un point de vue thérapeutique traditionnel, un tel « blocage » représente la résistance au changement. On dit souvent que les clients sont résistants,

dans l'opposition ou le déni, termes qui ont une connotation péjorative et qui impliquent une pathologie et même une obstruction volontaire (même inconsciente) aux efforts bienveillants du thérapeute. Les écoles de psychothérapie ont des points de vue différents sur la nature et l'origine de la résistance et sur les façons d'y répondre. Se concentrer plutôt sur les dynamiques psychologiques de la motivation permet de mettre l'accent, de façon constructive, sur comment et pourquoi les gens changent et de quelles manières les thérapeutes peuvent encourager ce changement (Engle & Arkowitz, 2006 ; Miller, 1985).

Le psychologue du social Kurt Lewin (1935) a décrit les différents conflits motivationnels (attraction – répulsion) ou l'ambivalence peut paralyser les personnes. Car loin d'être un phénomène pathologique, l'ambivalence est un état humain courant et normal où les gens veulent et ne veulent pas simultanément quelque chose. Les clients qui entreprennent une thérapie sont souvent ambivalents face au changement, et leur motivation fluctue tout au long du traitement. L'EM est une méthode qui permet aux clients de se débloquer et de résoudre cette ambivalence en faveur du changement.

Dans le modèle transthéorique du changement (Prochaska & Norcross, 2013), l'ambivalence est une étape normale sur la route du changement. L'ambivalence (l'étape de la contemplation) est en fait un pas en avant par rapport à l'étape précédente de la précontemplation, où le changement n'est même pas envisagé. La plupart des thérapies et des thérapeutes n'ont pas de difficulté à aider les clients qui ont déjà progressé deux étapes plus loin, à l'action – mais que deviennent ceux qui ne sont pas encore prêts à changer ? Dans le domaine de l'addiction, on demandait autrefois à de tels clients de partir et de revenir quand ils seraient suffisamment motivés. Cela n'est pas satisfaisant. Savoir aider les personnes à travailler sur cette ambivalence et sur la disposition au changement est une compétence thérapeutique essentielle, qui permet de toucher un plus grand nombre de clients et pas seulement ceux qui sont déjà suffisamment « motivés ».

Examinons maintenant, la dynamique interpersonnelle lorsqu'un client qui est ambivalent face au changement, a un échange avec un thérapeute qui veut promouvoir le changement. Miller et Rollnick (2013) ont décrit « ce réflexe correcteur » naturel chez les professionnels de l'aide, qui veulent éduquer, persuader et conseiller les clients sur le changement. Agir ainsi soutient un des côtés de l'ambivalence du client, le côté qui veut changer. La conséquence prévisible est que la personne répond alors avec l'autre côté de l'ambivalence « oui, mais... ». Si le thérapeute enchaine avec un contre-argument, il ou elle a donc essentiellement externalisé l'ambivalence de la personne, avec d'un côté le clinicien qui argumente pour le changement, et de l'autre le client qui argumente contre le changement. Il y a des raisons

empiriques et théoriques de s'inquiéter de cette pratique anti-thérapeutique, qui en réalité *diminue* l'engagement des clients à changer.

Daryl Bern (1967) a avancé que, d'un point de vue conceptuel, ces personnes, comme tout le monde, apprennent les choses en lesquelles ils croient en s'entendant les dire. Si un contexte non coercitif (tel qu'un jeu de rôle) les force à défendre une certaine position, ils deviennent plus engagés dans cette position. La théorie de Bern sur la perception de soi a donné une explication alternative à l'imposante littérature sur la dissonance cognitive (Festinger, 1957). Il est clair également que la pression externe peut mettre en danger le désir de changer. Brehm et Brehm (1981) ont démontré qu'un état de réactance et d'aversion se met en place lorsque les gens sentent que leur libre arbitre est menacé. Une réponse motivationnelle est d'intensifier ses attitudes et comportements personnels plutôt que d'utiliser la persuasion et la contrainte.

On a pu extraire des données à partir d'études sur les processus psycholinguistiques dans l'EM. Dans le discours spontané, l'ambivalence des clients est représentée par l'équilibre entre le discours-changement (les verbalisations en faveur du changement) et le discours-maintien (en faveur du statu quo). Le ratio de discours-changement par rapport au discours-maintien dans les séances de traitement indique la probabilité de changement de comportement (Moyers, Martin, Houck, Christopher, & Tonigan, 2009). Cette observation est similaire à d'autres constatations du modèle transthéorique qui indiquent que le mouvement du stade de la contemplation à celui de l'action est annoncé par un accroissement des avantages du changement par rapport aux inconvénients (Prochaska, 1994). Ce lien serait de peu d'intérêt (« Les gens motivés sont ceux qui changent ») si ce n'est que la quantité de discours-changement, de discours-maintien et de résistance est fortement influencée par les réponses du thérapeute, comme cela a pu être démontré dans les études de corrélation (Berthelet, Faouzi, Gmel, Gaume, & Daepfen, 2007, 2010 ; Moyers & Martien, 2006 ; Moyers et al., 2009) et les études expérimentales (Glynn & Moyers, 2010 ; Miller, Benefield, & Tonigan, 1993 ; Patterson & Forgatch, 1985). Donc si les thérapeutes travaillent d'une façon qui suscite plus de discours-maintien ou de résistance que de discours-changement, les clients ont moins de chance de changer. Inversement, le changement est favorisé lorsque les clients sont invités à évoquer leur propre discours-changement.

La littérature sur la balance décisionnelle a démontré des résultats similaires dans le domaine de la psychologie sociale. Comme nous l'avons mentionné plus haut, la différence entre les pour et les contre dans le discours d'une personne (une mesure passive de la balance décisionnelle) reflète la disposition et la probabilité d'un changement. En tant que procédure clinique, la balance décisionnelle implique cependant

de faire évoquer et d'explorer activement l'*ensemble* des pour et des contre du changement, ce qui amène les clients à exprimer à la fois le discours-changement et le discours-maintien. Les études cliniques ont montré que lorsqu'on le fait avec des personnes ambivalentes, on *diminue* systématiquement leur engagement à changer (Miller & Rose, 2015), sans doute parce que l'on perpétue l'ambivalence au lieu de la résoudre.

QU'EST-CE QUE L'EM ?

L'EM est un style particulier de conversation sur le changement où le client exprime les arguments pour le changement, plutôt que le clinicien (Miller, 1983 ; Miller & Rollnick, 2013). L'EM est fortement ancré dans l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers (1951, 1959, 1980), qui met l'accent sur la compréhension du cadre de référence interne du client et de ses préoccupations. Dans l'EM comme dans l'intervention d'aide centrée sur le client, le thérapeute fournit les conditions propices pour l'évolution et le changement en communiquant non-jugement et empathie approfondie.

On peut donc penser l'EM comme une évolution de la thérapie centrée sur le client. Il diffère d'une approche classique « non-directive » dans la mesure où il existe une direction claire vers un ou plusieurs objectifs spécifiques et où le thérapeute met en œuvre des stratégies systématiques pour avancer vers ses objectifs. C'est le client qui en général choisit les objectifs du changement, bien que dans certains contextes (comme le traitement de l'addiction ou la probation) le clinicien, en raison de son rôle, a des objectifs de changement qui ne sont pas nécessairement partagés par le client, du moins au départ.

Les quatre processus de l'EM

L'EM est décrit aujourd'hui comme étant constitué de quatre processus. Le premier est *l'engagement dans la relation*, mettre en place une alliance thérapeutique qui facilite le travail en collaboration. Les compétences en matière d'aide centrée sur le client sont essentielles dès le départ. Le second processus est *la focalisation*, préciser les objectifs et la direction de la consultation. Lorsqu'un objectif précis est en place, le processus de *l'évocation* fait émerger les motivations personnelles du client pour le changement. C'est précisément à cette étape-là que le thérapeute prête particulièrement attention au discours-changement du client, et cherche à le susciter, le comprendre, le refléter, l'explorer et le résumer. Quand la disposition au changement semble être suffisante, l'EM passe au quatrième processus de la *planification*. Même si les quatre processus peuvent sembler linéaires, dans la pratique ils sont

assez récurrents. Il peut être nécessaire de revenir de la planification à l'évocation si la motivation semble s'essouffler. Il n'est pas rare que l'objectif de la consultation change, et parfois il est important de renforcer l'engagement dans la relation. Chaque processus nécessite des compétences légèrement différentes, bien que les compétences d'engagement centrées sur le client soient fondamentales tout au long de l'EM.

L'esprit de l'EM

Il existe aussi de nombreux points communs entre une approche centrée sur la personne et ce que les coauteurs appellent l'*esprit* de l'EM (Miller & Rollnick, 2013 ; Rollnick & Miller, 1995). Sans cet état d'esprit et cet « état de cœur » dans la pratique, l'EM pourrait être confondu ou réduit à un ensemble de techniques. L'empathie approfondie est un élément clé de l'EM depuis le début (Miller, 1983) et est liée à l'efficacité thérapeutique (Moyers & Miller, 2013). L'empathie est capitale pour le premier des quatre principes fondamentaux de l'esprit de l'EM : *le non-jugement*, qui intègre également le soutien de l'autonomie des clients, la valorisation de leurs forces, et le respect de la valeur inconditionnelle de chaque personne en tant qu'être humain. Le second élément de l'esprit de l'EM est le *partenariat*, une collaboration entre l'expertise du clinicien et la personne experte de sa propre situation. L'*altruisme* est l'intention de donner la primauté au bien-être, à l'évolution et aux intérêts du client. Pour finir, *l'évocation* est l'état d'esprit qui fait ressortir la propre sagesse du client, ses valeurs, ses idées et ses projets. L'évocation est l'opposé d'un modèle du déficit – où il manquerait quelque chose au client que le thérapeute devrait mettre en place. Plutôt que de communiquer, « j'ai ce dont vous avez besoin et je vais vous le donner », le message sous-jacent de l'EM est « vous avez ce dont vous avez besoin, et ensemble nous allons le trouver ».

La compatibilité avec les autres méthodes

L'EM n'a jamais été conçu comme une psychothérapie complète. Il s'agit d'un outil thérapeutique pour répondre à l'enjeu commun de l'ambivalence face au changement. Miller (1983) l'a initialement conceptualisé comme un prélude ou une préparation au traitement, et une des surprises qui est ressortie des premières études fut qu'après l'EM les clients commençaient souvent à changer leurs habitudes de consommation d'alcool d'eux-mêmes, sans poursuivre d'autres traitements (Miller et al. 1993 ; Miller, Sovereign, & Krege, 1988). Par conséquent, l'EM est parfois utilisé en pratique unique, souvent en intervention brève spontanée. Mais le plus souvent, l'EM est combiné à d'autres formes de traitement, telles que les thérapies cognitives et comportementales