

Jean-Michel Piquet

MANUEL PRATIQUE D'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

 INTERÉDITIONS

Illustration de couverture: Fotolia.com
Création graphique de la couverture: Hokus Pokus Créations

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).



© InterÉditions, 2019

InterÉditions est une marque de
Dunod Éditeur, 11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

ISBN: 978-2-7296-1930-5

www.dunod.com

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.

Sommaire

Introduction <i>Accompagner ou susciter le changement</i> <i>demande une grande rigueur</i>	1
--	---

Première partie

COMPRENDRE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

1. HISTORIQUE ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL	5
2. LES OBSTACLES AU CHANGEMENT ET LES ERREURS QUI PEUVENT DÉMOTIVER	19
3. LA DYNAMIQUE DU CHANGEMENT : LA MOTIVATION À CHANGER	43
4. LES BASES DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL	59

Deuxième partie

PRATIQUER L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

5. LA PLACE DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL VIS-À-VIS DE LA PRATIQUE COURANTE.....	77
6. LE QUESTIONNEMENT DANS L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL	89
7. L'ÉCOUTE RÉFLECTIVE.....	107
8. INFORMER	129
9. VALORISER.....	135
10. RÉPONDRE AU DISCOURS-MAINTIEN ET RÉAGIR À LA DISSONANCE.....	143
11. EXPLORER VALEURS ET OBJECTIFS FONDAMENTAUX, DÉVELOPPER LES DIVERGENCES.....	165
12. SUSCITER OU REDONNER ESPOIR ET CONFIANCE.....	175

*Troisième partie***ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT**

13. LES PREMIERS CONTACTS	189
14. PRÉCONTEMPLATION	203
15. CONTEMPLATION	217
16. PRÉPARATION.....	247
17. ACTION	267
18. MAINTIEN.....	271
19. FAUX PAS ET RECHUTE	277

*Quatrième partie***ADAPTER L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL À DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES**

20. UTILISATION CHEZ LES ADOLESCENTS.....	289
21. UTILISATION CHEZ LES PERSONNES EN GRANDE DIFFICULTÉ.....	299

Conclusion <i>Une méthode de communication efficace pour susciter et accompagner le changement</i>	309
Bibliographie	311
Remerciements	317
Table des matières.....	319

À la mémoire du Docteur Guy Azoulay

Introduction

*Accompagner ou susciter le changement
demande une grande rigueur*

DEPUIS QU'ILS ONT CRÉÉ l'entretien motivationnel, William R. Miller et Stephen Rollnick n'ont cessé de le faire évoluer et de le perfectionner et leurs travaux ont fait l'objet de nombreuses communications et de plusieurs ouvrages de référence. Par ailleurs, en raison de son succès croissant, cette méthode d'entretien a été utilisée dans des situations toujours plus diverses et a, de ce fait, stimulé la recherche et suscité beaucoup d'études qui ont également fait l'objet de nombreuses publications.

Ce développement et cet enrichissement constants ont fait de l'entretien motivationnel une méthode de communication de plus en plus précise, efficace et reconnue pour susciter et accompagner le changement quand il est nécessaire ou souhaitable.

Mais cette évolution s'est traduite aussi par l'apparition de très nombreuses données nouvelles, toutes plus intéressantes et pertinentes les unes que les autres et, par conséquent, plus difficiles à appréhender et à mettre en œuvre. C'est la raison pour laquelle faire ressortir les points forts de ce qu'est devenu, ainsi, l'entretien motivationnel apparaissait souhaitable pour en faciliter l'abord et la pratique.

C'est l'objectif de ce manuel qui comprend quatre parties. La première aborde l'origine, les bases et l'esprit de l'entretien motivationnel afin de mettre en évidence sa nature exacte et, notamment, la rigueur qu'il implique. Les trois autres sont consacrées à sa mise en œuvre proprement dite, c'est-à-dire :

- ses rapports avec la « pratique courante » des entretiens ;
- les outils et les stratégies qu'il utilise ;
- la façon dont il permet d'accompagner le changement jusqu'à son terme ;
- les adaptations qu'il nécessite dans certaines situations.

Partie

I

COMPRENDRE
L'ENTRETIEN
MOTIVATIONNEL

1

HISTORIQUE ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

LES ORIGINES DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'entretien motivationnel est le fruit des travaux menés, depuis le début des années 1980, par deux psychologues qui intervenaient en alcoologie : William R. Miller et Stephen Rollnick. Ces deux auteurs sont partis du constat, toujours d'actualité, que la détermination et l'enthousiasme des soignants à prodiguer des conseils, à donner de l'information, à faire des recommandations n'avaient, le plus souvent, qu'une efficacité limitée en matière de changement de comportements préjudiciables à la santé.

Ils en ont déduit que le meilleur moyen de répondre à ce défi était d'analyser leur pratique et celle de leurs collègues, afin de comprendre comment susciter plus de motivation à changer chez les patients. Pour atteindre cet objectif, ils ont décidé de passer au crible de nombreux entretiens avec des patients dépendants de l'alcool, en se focalisant plus sur la forme (comment faire ?) que sur le contenu (quoi faire ?) de ces interventions, ce qui les a tout naturellement conduits à s'intéresser de plus près à la façon de se comporter et de parler avec les intéressés :

- Quels mots utiliser pour augmenter la probabilité qu'un changement soit envisagé, puis mené à bien ?
- Comment aider à dépasser l'ambivalence ?

- Comment faire pour favoriser la collaboration et l'engagement plutôt que la réticence ou, pire, l'opposition ?
- Etc.

Miller et Rollnick en étaient à ce stade de leur travail quand, en 1982 lors d'un séminaire en Norvège, les psychologues que formait W.R. Miller l'ont amené à expliquer pourquoi il posait telle question ou faisait telle reformulation. En mettant ainsi en évidence comment il aidait ses patients à dépasser leur ambivalence et à trouver leurs propres solutions, il est apparu que W.R. Miller cherchait systématiquement à susciter, chez ses patients, de la **motivation au changement**. L'entretien motivationnel venait de trouver son nom et de naître officiellement.

Par la suite Miller et Rollnick ont peaufiné leur méthode et l'ont enrichie en permanence. Mais, surtout, ils ne se sont plus intéressés uniquement à ses aspects purement techniques (« les paroles »), mais aussi à ses implications relationnelles et, donc, à la philosophie, aux principes, à l'**esprit** (« la musique ») qui doivent la sous-tendre et l'animer pour qu'elle trouve tout son sens et soit pleinement efficace.

D'abord utilisé en alcoologie puis en addictologie, l'entretien motivationnel a ensuite tout naturellement trouvé sa place en psychiatrie, en médecine générale, en éducation thérapeutique et, même, dans la vie courante.

Ce succès est allé de pair avec de nombreuses études cliniques montrant que les patients bénéficiant de cette méthode (comparée au seul traitement habituel) avaient plus de probabilité d'entrer dans le soin et de s'y maintenir jusqu'à son terme. Cette efficacité a été attestée, au fil des années, par la publication de plus de 25 000 articles citant l'entretien motivationnel et plus de 200 essais cliniques randomisés sur lui.

LES THÉORIES ET LES MODÈLES PROCHES ET/OU COMPLÉMENTAIRES DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Certains de ces modèles ont en effet, sur le plan théorique, des points communs avec l'entretien motivationnel, ce sont :

- l'approche rogérienne,

- la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan,
- les interventions brèves.

D'autres peuvent être utilisés en complément de l'entretien motivationnel, c'est le cas pour :

- le modèle de la balance décisionnelle,
- la technique du feed-back,
- le modèle trans-théorique (MTT) du changement de Prochaska et Di Clemente.

L'approche rogérienne

L'entretien motivationnel et cette approche ont en commun le « centrage sur la personne » et l'écoute réflexive empathique. Mais si, pour Carl Rogers, il faut être strictement non directif et, donc, suivre le patient quelle que soit la direction qu'il veut prendre, éviter tout conseil ou feed-back et utiliser inconditionnellement l'écoute réflexive empathique, en revanche, dans l'entretien motivationnel, on guide vers le changement. On utilise donc l'écoute réflexive empathique de façon sélective pour atteindre les objectifs les plus pertinents et, avec l'accord des patients, on leur propose informations, conseils et feed-back chaque fois que c'est adapté.

La théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985)

Elle partage avec l'entretien motivationnel les notions de motivation extrinsèque et de motivation intrinsèque et de « continuum » entre elles.

Les interventions brèves

L'entretien motivationnel et les interventions brèves ont en commun le respect de la liberté de choix du patient, l'utilisation judicieuse de l'information et des conseils, l'empathie et le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle du patient.

Les interventions brèves, d'abord utilisées en alcoologie puis en addictologie, sont une forme d'entretiens faisant appel à six items regroupés sous l'acronyme FRAMES.

- F : feed-back, reformulation.

- R : responsabilité : on respecte l'entière liberté de choix et d'action des patients qui ont de ce fait la responsabilité de leur démarche.
- A : avis : on peut donner un avis, de l'information, des conseils au patient mais seulement à sa demande explicite.
- M. : menu : la personne aidée se voit offrir un menu d'options, un éventail de possibilités de traitements le plus large possible.
- E : empathie.
- S : sentiment d'efficacité personnelle du patient qui doit être renforcé et soutenu chaque fois que possible.

En pratique, cela consiste à proposer au patient de faire le point sur son état et sa situation, sans a priori, en l'assurant du respect de sa liberté de choix et d'action et en ne lui délivrant que les informations qu'il souhaite ou demande, ensuite, et seulement s'il le souhaite ou le demande, on lui donne un avis et on lui propose un éventail de possibilités thérapeutiques, le tout dans le cadre d'une écoute réflexive et empathique.

Mais, si les interventions brèves sont globalement en accord avec l'esprit de l'entretien motivationnel, elles se limitent à un travail beaucoup plus succinct sur la relation et la façon de communiquer.

Le modèle de la balance décisionnelle de Janis et Mann (1977)

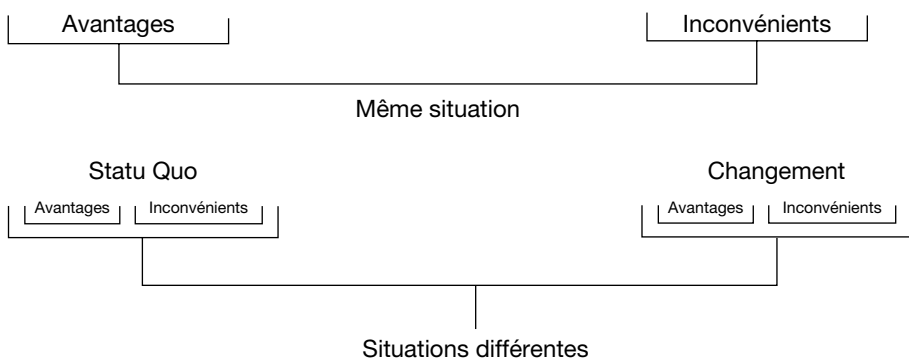


Figure 1.1 – Le modèle de la balance décisionnelle de Janis et Mann (1977)

Comme le montre le schéma, c'est une méthode de prise de décision qui a été décrite, en référence à la balance mécanique, par Janis et Mann (1977) et qui consiste soit à examiner les « pour » et les « contre » d'une situation donnée, soit à comparer deux options en fonction de leurs avantages et inconvénients respectifs.

Cette seconde possibilité est particulièrement intéressante lorsque se pose la question du changement puisque, s'il y a des avantages et des inconvénients à maintenir un comportement, il y en a aussi si on le modifie.

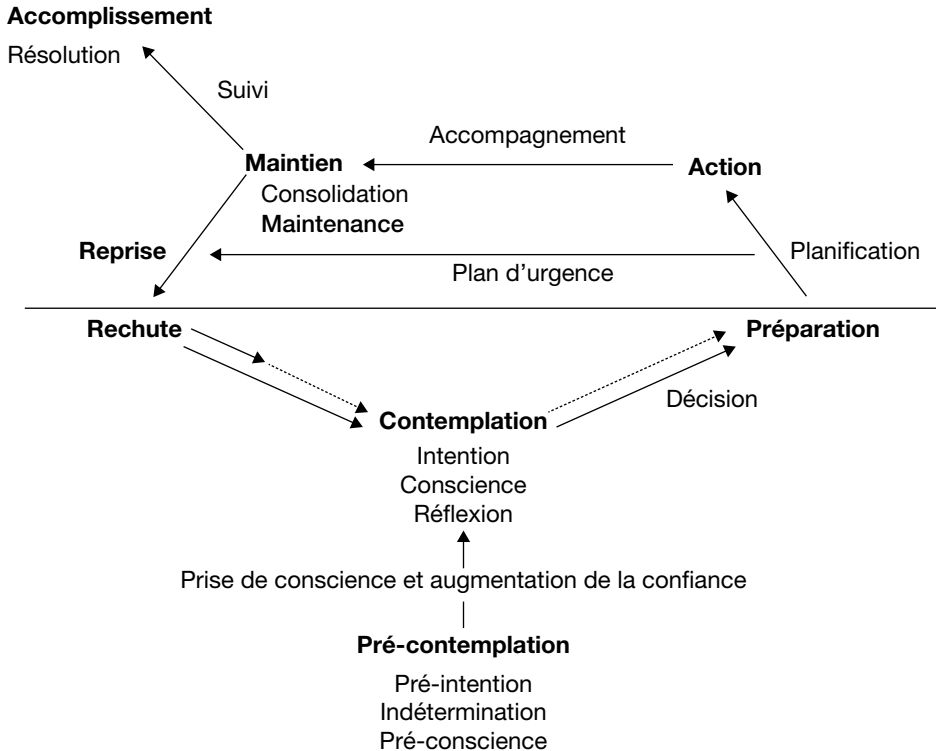
Pourtant cette façon de procéder a ses détracteurs qui disent qu'il ne faut explorer que les gains du changement et les pertes du maintien du comportement problématique car le simple fait de parler des points positifs d'un comportement contribuerait à le maintenir. Certes, il y a une part de vérité dans cette affirmation, mais c'est aussi oublier une autre réalité : la tendance naturelle chez tout un chacun, lors d'une discussion animée sur un sujet d'intérêt, à toujours vouloir prendre le contrepied de ce qui est mis en avant. Dans ces conditions, ne parler que des inconvénients du statu quo serait aussi pousser l'interlocuteur à en aborder et défendre les avantages et, donc, sans doute l'amener plus encore à maintenir son comportement !

La balance décisionnelle est un outil intéressant et utile pour donner aux personnes aidées (et évidemment aux thérapeutes) une image complète de la situation. De plus elle est facile à mettre en œuvre (de préférence, quand c'est possible, sans crayon ni papier afin de maintenir la qualité du contact). Mais on ne doit y recourir que lorsque le patient est réellement prêt à explorer son ambivalence face au changement, sinon elle risque d'être perçue par l'intéressé comme un banal moyen de persuasion ou de pression.

La technique du feed-back

Elle consiste à passer en revue et à analyser, sur un mode factuel, les réponses aux outils d'évaluation ou les résultats d'un bilan de quelque nature qu'ils soient (psychologique, biologique, etc.) et à indiquer à l'intéressé qu'on se tient à sa disposition s'il souhaite d'autres informations.

**Le modèle trans-théorique (MTT)
des différents niveaux de motivation et de changement
de Prochaska et Di Clemente (1982)**



**Figure 1.2 – Le modèle trans-théorique (MTT)
de Prochaska et Di Clemente**

Ce schéma, publié en 1982, est l'aboutissement des études menées par Prochaska et Di Clemente auprès de fumeurs réalisant un arrêt du tabac, seuls ou en groupe, ayant recours à différentes méthodes d'accompagnement ou, à l'inverse, arrêtant d'eux-mêmes, sans aucune aide extérieure (« *self changers* »).

Prochaska et Di Clemente ont en effet constaté que, quels que soient les moyens mis en œuvre, le changement ne se présente pas comme un événement instantané, plus ou moins brutal, surgissant d'un bloc. Il correspond plus à un processus lentement progressif, à une suite de

transformations plus ou moins apparentes. Il est le résultat d'une maturation et passe obligatoirement par plusieurs étapes qui correspondent à des niveaux de motivation différents et qui nécessitent, chacune d'entre elles, des modalités d'actions spécifiques.

Ce modèle est tridimensionnel car il fait référence à la fois :

- aux différents stades évolutifs par lesquels un sujet peut passer,
- aux processus (modifications émotionnelles, affectives, cognitives, comportementales) qui conduisent au changement,
- aux modalités d'interventions souhaitables pour la thérapie.

Précontemplation

C'est le stade du déni, le patient ne perçoit pas le problème ou en minimise les conséquences et il ne voit donc pas de raison d'envisager de changements dans son comportement :

- «Ça me permet de me détendre et de me sentir bien.»
- «C'est ma vie, j'ai le droit d'en faire ce que je veux.»
- «C'est juste une consommation occasionnelle, je contrôle la situation.»
- «Moi je n'ai pas de problème, c'est ma compagne qui désapprouve.»
- «Ça me fait du bien et puis il y a tellement de choses plus graves pour la santé.»

Seule l'élévation de son niveau de conscience des conséquences négatives de ce qu'il fait pour lui-même et son entourage familial et professionnel, d'une part, ou la prise de conscience d'une «**divergence**» entre ce comportement et ses valeurs et/ou ses objectifs prioritaires, d'autre part, peuvent l'aider à envisager un changement. Mais prendre ainsi conscience du problème peut être anxiogène, surtout si le patient ne se sent pas en mesure de réaliser le changement nécessaire. Il faut alors susciter et renforcer sa confiance en soi et son sentiment d'efficacité personnelle pour l'aider à faire face à la situation.

Contemplation

C'est le **stade de l'ambivalence**. Le patient a pris conscience de son problème et/ou de ses conséquences négatives et il envisage le changement : « j'en ai assez de vivre comme ça, il faut que je fasse quelque chose », mais il hésite encore et ne pourra aller plus loin tant qu'il ne sera pas parvenu à trancher entre, d'un côté, les bénéfices du statu quo et les inconvénients d'un éventuel changement et, de l'autre, les aspects négatifs de son comportement actuel et les avantages qu'il aurait à en changer. Dépasser cette ambivalence veut donc dire, pour le patient, faire le deuil des bénéfices de la situation actuelle et on peut l'aider à franchir ce pas si on lui permet de trouver dans le changement des avantages équivalents ou supérieurs à ceux qu'il retire de son comportement problématique.

Préparation

C'est le stade de **l'élaboration du projet thérapeutique**. Le patient a pris la décision de changer mais il ne sait pas encore comment il va pouvoir procéder : « Je veux m'arrêter mais je ne sais pas comment m'y prendre. » Que va-t-il faire ? Où ? Avec qui ? Comment ? Planifier ainsi les étapes à mettre en œuvre et développer les ressources et les habilités nécessaires pour chacune d'entre elles vont permettre de s'engager concrètement et plus sereinement dans l'action.

C'est également au cours de ce stade qu'il faut envisager avec le patient les difficultés auxquelles il pourrait être confronté afin de développer des stratégies adéquates pour y faire face : par exemple que faire en cas de « reprise » pour éviter une rechute complète ? C'est l'occasion d'élaborer avec lui un « **plan d'urgence** » qui pourra revêtir plusieurs formes (exercices à pratiquer, procédure à respecter, création d'un « comité de soutien », etc.). Cette anticipation permet d'éviter l'effet « **violation de l'abstinence** » décrit par A. Marlatt à propos de la reprise d'héroïne et qui entraîne, selon les cas, un excès de pessimisme ou d'optimisme et favorise la répétition des reprises puis la rechute.

Action

C'est le stade de la **mise en œuvre, de la réalisation concrète du projet thérapeutique**. Mais c'est aussi le stade où le patient se rend compte des obstacles à franchir et du travail nécessaire pour le faire. Il affronte en situation réelle certains pièges. Il rencontre des difficultés et des ajustements sont souvent nécessaires pour y faire face. Plus que jamais il a besoin de soutien et d'encouragements et il faudra donc rester vigilant afin de renforcer ses efforts et ses progrès et de l'aider ainsi à garder sa motivation.

Maintien

Le changement a été réalisé et il faut le maintenir et le consolider. Il y a deux façons d'y parvenir. La première est de régler les problèmes non encore résolus et/ou ceux créés par le changement lui-même. La seconde est d'aider le patient à changer autant que faire se peut son style de vie.

Pour atteindre ces deux objectifs, il faut entretenir la motivation du patient en lui faisant prendre conscience des progrès réalisés et des bénéfices qu'il peut retirer des changements opérés.

Mais le patient doit également rester sur ses gardes ou, tout au moins, éviter un excès de confiance. Il doit, en particulier, être conscient des effets d'une reprise et apprendre à déjouer les pièges inattendus.

Reprise

Des « incidents de parcours », des reprises peuvent survenir mais, s'ils sont anticipés et bien négociés, ils ne doivent pas compromettre le processus de changement. Cette anticipation est absolument nécessaire pour deux raisons :

- La première pour éviter l'effet « violation de l'abstinence » qui accompagne la reprise et qui provoque soit un excès de pessimisme (sentiment d'échec, mésestime de soi, culpabilité), soit un excès de confiance (minimisation du risque) conduisant tous deux à abandonner la démarche en cours.

- La seconde pour faire percevoir la reprise positivement, c'est-à-dire comme le signal que tous les problèmes n'ont pas été résolus et donc comme une occasion de rebondir, comme une étape nécessaire à la réussite du changement.

L'incident de parcours ne sera alors qu'une reprise passagère, un simple « faux pas ».

Rechute

La rechute proprement dite est le retour au comportement initial et l'abandon de la démarche de soins. Une rechute complète peut amener le patient à retourner aux stades antérieurs, y compris celui de précontemplation. Ce mouvement peut être accentué si la reprise n'a pas été anticipée, si l'accent a été trop mis sur la nécessité d'une abstinence trop valorisée, trop idéalisée, dont la transgression entraînerait la perte de tout le travail effectué jusque-là et, ipso facto, un retour à la situation antérieure. Il est possible que le patient connaisse, malgré toutes les précautions pour anticiper la reprise, une véritable rechute et soit perdu de vue pendant une période plus ou moins longue, mais le souvenir de l'attitude positive des soignants à son égard facilitera aussi son retour le moment venu.

Accomplissement

Le patient est devenu capable de ne plus recourir à son comportement addictif, même s'il rencontre de mauvaises conditions (stress, conflit, dépression, situation à risque, etc.). Mais il peut arriver aussi que, même après des années de stabilité, pour une raison ou pour une autre, un retour au comportement antérieur se produise.

Tous ces stades sont en continuité les uns avec les autres, il n'y a pas de frontière nette entre eux et, comme le montrent les exemples suivants, une même personne peut passer de l'un à l'autre selon les moments ou selon les circonstances.

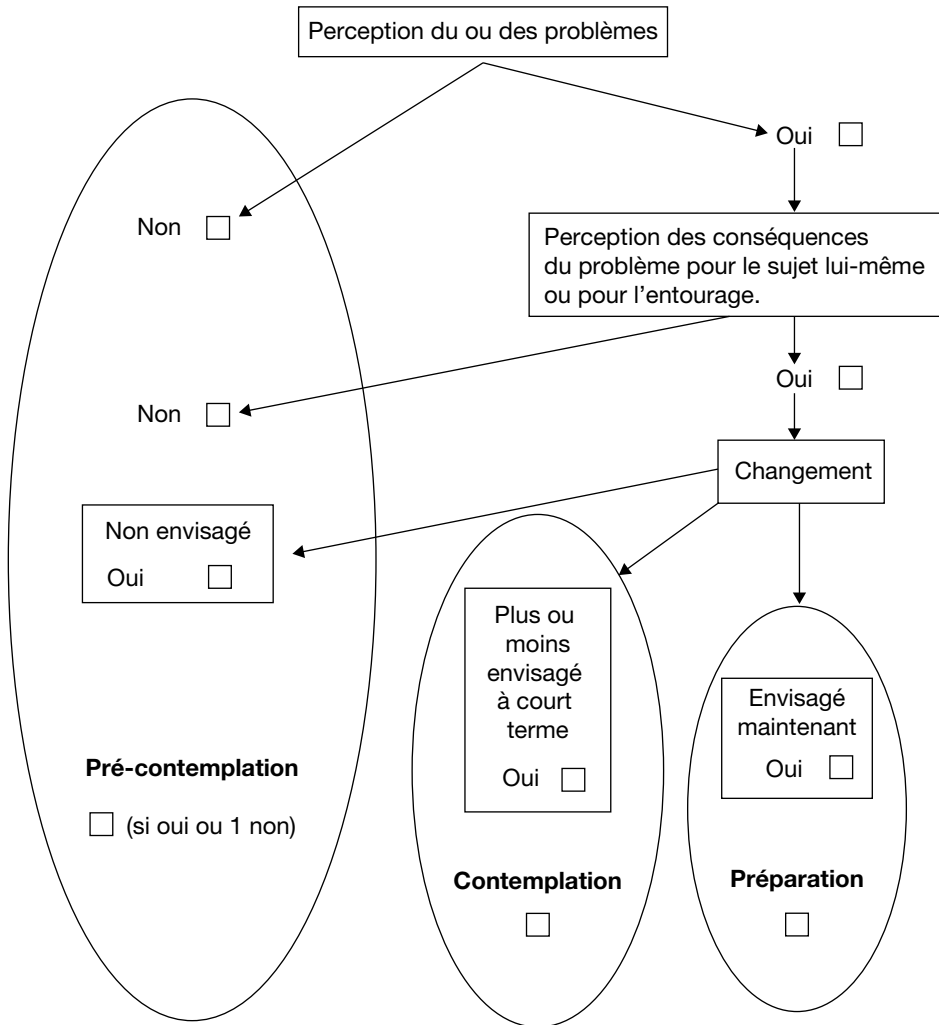
- Le plus souvent, dans un premier temps, les patients sont en précontemplation pour leurs problèmes de dépendance et en contemplation pour les conséquences qui en résultent.

- Un patient peut être en contemplation pour son problème d'alcool durant une consultation ou une hospitalisation et souhaiter réellement arrêter de boire et retourner en précontemplation dès qu'il retrouve ses amis dans son lieu de consommation habituel.
- Le même patient peut avoir conscience de sa dépendance à l'alcool quand il est à jeun, percevoir les conséquences relationnelles, matérielles ou somatiques de cette dépendance et minimiser à nouveau son problème dès qu'il se ré-alcoolise.

Mais surtout ce modèle, circulaire, a plusieurs avantages par rapport au modèle linéaire antérieur.

- Il donne une place à tous les patients, quel que soit leur stade de motivation et de changement et ne laisse donc personne au bord du chemin.
- Dans la mesure où il est circulaire, et même spiralé, il intègre, de fait, la rechute dans le processus de soins et il permet donc de comprendre qu'un patient puisse avoir besoin d'emprunter plusieurs fois ce parcours de soins avant d'en terminer avec ses différents problèmes.
- Il donne un langage commun et précis aux soignants pour rendre compte du stade évolutif de chaque patient.
- Il permet de comprendre qu'un patient qui présente plusieurs problèmes puisse être à des stades différents pour chacun d'entre eux :
 - stade du maintien ou de l'accomplissement pour l'héroïne,
 - et stade de la précontemplation pour le cannabis,
 - ou encore stade de précontemplation pour sa dépendance et stade de contemplation pour les conséquences financières, familiales, professionnelles qui en résultent.
- Il permet de mieux adapter les stratégies d'intervention au stade concerné et d'éviter, par exemple, de provoquer des réactions inappropriées en se précipitant sur les propositions de soins au stade de contemplation ou, a fortiori, de précontemplation.

Avant changement



Après Changement

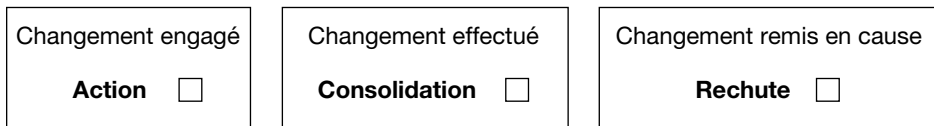


Figure 1.3 – Stades de changement et de motivation

LES IDÉES FAUSSES CONCERNANT L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Trois idées fausses concernant l'entretien motivationnel

- Considérer l'entretien motivationnel comme un moyen infaillible, un « truc magique » pour obtenir le changement à tout prix.
- Réduire l'entretien motivationnel à une simple méthode protocolisée pour amener les patients à entreprendre ce qu'ils ne souhaitent pas forcément faire.
- Réduire la maîtrise de l'entretien motivationnel à l'apprentissage d'une simple technique.

Les idées fausses concernant l'entretien motivationnel sont, comme c'est souvent le cas, la rançon du succès et on pourrait donc en minimiser la portée et ne pas s'en soucier. Cependant, trois d'entre elles doivent être combattues, car elles peuvent nuire à son image et à son efficacité.

La première, en effet, met en cause l'esprit même de l'entretien motivationnel en assimilant ce dernier à un moyen infaillible, une sorte de « truc magique » pour obtenir à tout prix le résultat escompté et qui s'apparenterait, en quelque sorte, à une forme sophistiquée de manipulation. Mais c'est oublier que, s'il y a changement, celui-ci n'a de sens et ne sera accepté et assumé par l'intéressé que s'il est authentiquement décidé par lui. C'est la raison pour laquelle l'un des fondements de l'entretien motivationnel est le respect le plus total de la liberté de choix du patient.

La deuxième n'est pas moins nocive car elle réduit la méthodologie de l'entretien motivationnel à une sorte de protocole plus ou moins standardisé, c'est-à-dire une succession d'opérations simples qu'il suffit d'effectuer dans le bon ordre, presque mécaniquement et sans qu'il soit forcément nécessaire d'impliquer l'intéressé dans ce qui est entrepris.

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

En pratique cela conduit, non seulement, à donner le maximum de place et d'initiative à l'intéressé mais, également, à lui fournir les moyens de tenir une telle position :

- d'une part, en l'aidant à prendre conscience des enjeux de sa situation, de ce qu'il pense, ressent, désire, etc., afin qu'il puisse décider de ce qu'il a à faire en toute connaissance de cause,
- d'autre part, en renforçant sa confiance en lui pour qu'il puisse assumer ses choix.

Certes l'entretien motivationnel fait appel à certaines techniques (la balance décisionnelle en est une), mais ces dernières n'ont rien de spécifique et, surtout, leur utilisation risque d'être contre-productive si elle ne s'appuie pas sur un travail relationnel de qualité et, en particulier, si le soignant ne s'applique pas à être constamment en phase avec le patient.

Quant à la troisième, elle est également dangereuse car, dans le droit fil des deux précédentes, elle limite la maîtrise de l'entretien motivationnel à la seule acquisition d'une simple technique alors que cette maîtrise nécessite, au contraire, un entraînement régulier, des remises en question personnelles et, donc, un véritable travail sur soi qui vont bien au-delà d'un banal apprentissage.

2

LES OBSTACLES AU CHANGEMENT ET LES ERREURS QUI PEUVENT DÉMOTIVER

IL N'EST PAS FACILE DE CHANGER car il y a des obstacles inhérents au changement lui-même et donc, le plus souvent, inévitables. Ils sont en rapport avec la problématique de l'ambivalence qui est, presque toujours, un passage obligé pour le changement mais qui peut aussi se transformer en obstacle pour lui.

Il n'est pas facile d'aider à changer car il y a également des obstacles plus conjoncturels, liés essentiellement aux caractéristiques de la relation entre le patient et le soignant et aux interactions entre eux : ce sont les obstacles relationnels qui, eux, sont évitables.

En outre, tous ces obstacles, comme nous le verrons plus loin, seront et resteront d'autant plus présents et actifs que les efforts à faire pour les éviter ou les surmonter consistent surtout à contrecarrer des tendances et réflexes naturels et à l'œuvre chez tout un chacun et, donc, chez les soignants également.

POURQUOI IL N'EST PAS FACILE DE CHANGER : LA PROBLÉMATIQUE DE L'AMBIVALENCE

*« L'homme est double.
Il s'éloigne de ce qu'il aime
et il ne se détache pas de ce qu'il condamne. »*

Michel de Montaigne