

Université de CAEN Basse-Normandie. Faculté de Médecine.

Diplôme Universitaire d'Alcoologie

**L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL
POUR PREPARER LE CHANGEMENT**

Mémoire présenté par Edith LEVAVASSEUR, Psychologue

Sous la direction de Monsieur le Docteur Louis LEBOCEY

Année universitaire 2004-2005

SOMMAIRE

Introduction	p 2
I. Présentation du cadre de réflexion	p 4
1. Le célèbre déni de l'alcoolisme.....	p 4
2. La résistance au changement et l'ambivalence.....	p 5
3. La motivation au changement de comportement.....	p 5
4. L'influence du style d'intervention thérapeutique.....	p 6
II. Apport théorique sur l'entretien motivationnel	p 8
1. Historique et fondements théoriques.....	p 8
a. Les stades de changement de PROCHASKA et DI CLEMENTE.....	p 9
b. La balance décisionnelle de JANIS et MANN.....	p 11
2. Définitions et concepts de base.....	p 12
3. Objectifs et principes généraux.....	p 13
4. Techniques d'entretien.....	p 14
5. Entretien motivationnel et stratégies thérapeutiques.....	p 15
6. Evaluation de l'efficacité de l'EM.....	p 17
III. L'entretien motivationnel dans la pratique	p 19
1. Qu'en pensent les professionnels de l'alcoologie ?.....	p 19
2. Présentation de la méthode de travail.....	p 19
3. Les résultats.....	p 20
IV. Discussion générale	p 25
1. Eléments de réflexion.....	p 25
2. Prolongements et perspectives.....	p 26
Conclusion	p 28
Bibliographie.....	p 30
Annexes.....	p 32

INTRODUCTION

Comment aborder la question de la consommation d'alcool lors d'un entretien?
Comment amener la personne reçue à considérer le problème posé par cette consommation pour la faire réagir et envisager un possible changement ?

Psychologue dans un centre de bilans de compétences, je fus à plusieurs reprises confrontée à ces questionnements face à des personnes pour lesquelles la demande déclarée d'aide à l'orientation, à l'élaboration de projet dans l'objectif d'une insertion professionnelle, paraissait au fil des entretiens ombrée par une autre problématique, relevant d'un accompagnement spécifique.

Les informations, à la fois diversifiées et très complètes, transmises par les modules d'enseignement du D-U d'Alcoologie me permettent d'être aujourd'hui mieux armée pour répondre plus aisément à la première question. C'est en m'interrogeant plus longuement sur la possibilité d'aider la personne en difficulté avec l'alcool à trouver la motivation d'amorcer une démarche de soins que je rencontrais l'entretien motivationnel.

D'abord presque fascinée par la description théorique de cette approche, puis finalement rassurée de constater qu'elle n'était peut-être pas si novatrice dans la pratique, il me parut enrichissant d'y consacrer ce travail de mémoire.

Loin de chercher à apporter des preuves scientifiques à une quelconque théorie, l'objectif de cette étude est avant tout de souligner l'intérêt de l'utilisation de l'entretien motivationnel dans l'accompagnement thérapeutique du patient alcoolique.

Après avoir précisé le cadre de la réflexion, ce mémoire propose dans un premier temps une revue théorique de présentation de l'entretien motivationnel en alcoologie.

La seconde partie tente de se rapprocher de l'utilisation de ce style d'intervention dans la pratique dans le but d'étayer une réflexion plus critique autour de l'intérêt de cette approche.

La méthodologie adoptée fut de recueillir les observations de professionnels intervenants en alcoologie à partir d'un questionnaire d'enquête conçu à cet effet. L'analyse des éléments de réponses apportés a ainsi permis d'alimenter la discussion avant de conclure ce travail.

I. PRESENTATION DU CADRE DE REFLEXION

Nous nous situons ici dans une perspective de préparation et d'accompagnement à un changement de comportement, c'est-à-dire dans un premier temps qui va enclencher et déterminer le processus thérapeutique, en amont de la définition d'une éventuelle démarche des soins.

Il importe en premier lieu de revenir sur la définition d'un certain nombre de concepts qui caractérisent cette étape essentielle.

1. Le célèbre déni de l'alcoolisme

Elément caractéristique de la dépendance alcoolique, le déni se rencontre chez la plupart des sujets concernés. Très tôt le malade alcoolique nie son mode d'alcoolisation « *je bois normalement, comme tout le monde* », « *j'arrête quand je veux, je ne suis pas alcoolique* ». Et même quand la situation est critique, il peut toujours maintenir qu'il n'a pas de problème avec l'alcool et ne pas mesurer l'étendue des difficultés dans lesquelles le place son alcoolisation. Il est lui-même victime de ce jeu car ce déni ne relève pas d'un processus conscient, mais d'un mécanisme inconscient permettant de rejeter une réalité devenue insupportable.

En psychanalyse, le terme de **déni** (de la réalité) est employé par FREUD (1949) pour désigner un mode de défense qui consiste en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, et particulièrement invoqué pour rendre compte du fétichisme et des psychoses. Il s'agit d'un mécanisme de défense ou système de protection qui vise à tenir un vécu douloureux à distance et permet d'évacuer les représentations psychiques négatives liées à la situation de souffrance qui les génère, associant une forte inhibition de tout désir de savoir.

Ce trouble négatif de la conscience ou perte de la capacité de se voir, de se juger, de se jauger, de s'apprécier, a été défini par FOUQUET sous le terme d'**Apsychognosie**. Il est vital pour l'identité et la survie du malade. Le déni lui permet en effet de se prouver qu'il n'est pas alcoolique, qu'il peut et doit « boire comme tout le monde » (GAINARD J-Y. et KIRITZE-TOPOR .P, 1992).

2. La résistance au changement et l'ambivalence

La **résistance** désigne l'ensemble des manifestations du patient qui s'opposent au changement. Elle puise son origine dans la peur du changement que le sujet peut ressentir comme un nouveau danger, en dépit parfois d'un discours manifeste.

Selon MILLER et ROLLNICK (1991), la résistance au changement repose sur le mécanisme de **réactance psychologique**. D'après cette notion, introduite par BREHM (1981), les individus s'efforcent constamment de préserver le sentiment d'être libre de leurs choix et de leurs actes. Lorsqu'un évènement menace ou réduit cette liberté, ils réagissent pour tenter de restaurer ce sentiment de liberté en s'opposant au changement initié par l'évènement. En d'autres termes, *l'attrait pour un comportement dommageable augmente lorsque la liberté d'agir et l'autonomie sont menacées*.

L'**ambivalence** est un phénomène central dans la psychologie du changement qui se définit par le conflit engendré entre les tendances qui favorisent et celles qui s'opposent au maintien ou à l'arrêt d'un comportement donné. Entrent ainsi en jeu des motivations incompatibles où ce qui est plaisant pour un système est déplaisant pour un autre, la composante positive et la composante négative d'une attitude sont simultanément présentes, indissociables et en opposition.

Souvent interprétée à tort comme une manifestation de trait de personnalité pathologique ou comme expression de négation et de mauvaise volonté, l'existence d'un certain degré d'ambivalence est tout à fait normale et accompagne les décisions de la vie quotidienne. Par exemple, le simple fait de décider de suivre un régime amaigrissant nous partage inévitablement entre la motivation de perdre quelques kilos superflus et l'envie de succomber aux plaisirs de la table.

3. La motivation au changement de comportement

Le succès de toute démarche thérapeutique repose en grande partie sur la motivation des patients à vouloir modifier leur situation. Or, cette donnée essentielle est rarement manifestée d'emblée en consultation alcoologique.

De façon générale, la **motivation** est définie par l'ensemble des facteurs physiologiques, cognitifs, affectifs, sociaux et culturels qui interagissent de façon diverse face à une situation donnée. Elle incite un organisme à agir, détermine le choix de l'action et la gestion de ses caractéristiques. Elle prendrait naissance lorsque la personne perçoit sa situation actuelle comme non satisfaisante et peut imaginer une situation future plus satisfaisante (NUTTIN, 1985).

On entend donc la motivation comme le fait d'être prêt au changement. Appliquée à l'addictologie, *la motivation est la probabilité qu'une personne va entrer et continuer d'adhérer à une stratégie de changement spécifique* (MILLER & ROLLNICK, 1991).

La motivation n'est pas un état statique, peu évolutif, dans lequel se trouve un individu et dont il est seul responsable, mais au contraire un état dynamique et fluctuant à travers le temps, en relation avec diverses situations. Elle varie en intensité en fonction des doutes que le sujet émet quant à ses capacités à atteindre tel ou tel objectif. On comprend donc que son évaluation ne soit pas aisée.

Cet état peut donc être influencé, en particulier par les échanges relationnels entre le patient et son entourage, et notamment son thérapeute. Mais ce n'est que récemment que les cliniciens se sont intéressés aux patients ayant une motivation initiale faible ou présentant des attitudes de déni. Ils considèrent désormais qu'il est de la responsabilité des soignants, non seulement d'aider les patients motivés à changer de comportement, mais aussi d'aider les patients peu ou pas motivés à faire évoluer leur motivation. Ce serait même précisément l'une des actions essentielles du thérapeute.

4. L'influence du style d'intervention thérapeutique

« Ce que l'on dit et la manière de le dire est déterminant pour permettre au patient d'accepter de parler de sa consommation d'alcool » (S. ROLLNICK).

Autrement dit, ce que le thérapeute exprime (contenu) et la manière dont il s'entretient avec le patient (style), contribue à déterminer la réceptivité du patient à une discussion sur des modifications de son comportement, ce qu'il va en dire, et s'il montre de la résistance.

Ainsi, les phénomènes de déni et de résistance résulteraient d'une mauvaise interaction entre thérapeute et patient. Ils dépendraient donc directement du style d'intervention adopté par le thérapeute.

Pour un observateur extérieur, le changement que devrait effectuer une personne « embourbée » dans un problème est souvent évident. La tendance sera alors d'essayer de le convaincre en donnant toutes sortes de conseils pour mener à bien ce changement. Ce phénomène appelé « **réflexe correcteur** » par MILLER et ROLLNICK (2002) explique l'attitude fréquente des intervenants dans une relation d'aide qui, pressés de corriger une situation problématique, tentent de la modifier « pour le bien du patient » en imposant leur propre schéma thérapeutique.

Or, l'attitude de persuasion directe engendre souvent de la résistance et celle-ci est le plus souvent attribuée aux personnes dépendantes qui ont la réputation d'avoir beaucoup de difficultés à changer. Mais, la résistance serait en fait à considérer comme un avertissement, indiquant que la personne et l'intervenant ne sont plus sur la même « longueur d'onde », devenant ainsi le signal d'un changement de stratégie nécessaire pour pouvoir poursuivre la discussion.

La formation traditionnelle des soignants en France les conduit à s'engager naturellement dans ces pièges relationnels : position d'expert légitimée par la fonction, recueil d'informations sous forme de questions-réponses, nécessité de poser un diagnostic, abord du patient focalisé sur le motif de la consultation (partie émergée de l'iceberg), enfin relation « confrontante » avec des patients souvent présentés et vécus comme opposants.

Derrière son affirmation apparemment banale, ROLLNICK souligne ainsi l'importance capitale du style d'entretien adopté par le thérapeute dans l'adhésion du sujet à une possible modification de son comportement, en évitant de créer de la résistance et en influant sur sa motivation, tout en l'aidant à se prendre lui-même en charge.

Tels sont les objectifs essentiels poursuivis par l'entretien motivationnel que nous nous proposons maintenant de définir, d'abord sous un angle théorique.

II. APPORT THEORIQUE SUR L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

1) Historique et fondements théoriques

Le concept d'entretien motivationnel fut élaboré à partir de l'expérience de traitement des problèmes d'alcoolisme. Décrit dès **1983** par W-R. MILLER, cette approche a été développée par les Drs **William R. MILLER** de l'Université de New-Mexico et **Stephen ROLLNICK** de l'Université de Wales, tous deux psychologues, dans un manuel de référence publié en 1991. Une seconde édition parue en 2002 s'est enrichie de l'expérience clinique d'une décennie dans le champ des addictions. La traduction française de cette nouvelle édition est en cours.

Largement diffusé dans les pays anglo-saxons, l'entretien motivationnel reste peu connu en France et surtout souvent confondu avec d'autres approches plus usitées, telles que les thérapies cognitivo-comportementales et les interventions brèves.

Les auteurs revendiquent clairement leur filiation avec **C-R. ROGERS** et ses principes thérapeutiques centrés sur le client. Les valeurs véhiculées par leur travail s'inscrivent dans le courant idéologique d'une psychologie humaniste.

Issu du modèle cognitivo-comportemental, de plus en plus utilisé dans l'approche des addictions, l'EM vise à aider le sujet à identifier ses motivations propres au changement et à prendre une décision adéquate lorsqu'il est confronté à un comportement qui lui pose problème.

L'approche motivationnelle s'articule avec un certain nombre de concepts déjà existants, notamment la notion d'**Ambivalence** (définie précédemment), mais aussi :

- Le modèle de **Stades de préparation au changement de PROCHASKA et DI CLEMENTE**
- Le modèle de la **Balance décisionnelle de JANIS et MANN**

Ces deux derniers modèles sont indissociables de la pratique de l'entretien motivationnel. Il est donc utile d'introduire ici leur présentation.

a) Les stades de changement de PROCHASKA et DI CLEMENTE

L'identification et la résolution d'un problème spécifique nous font traverser un certain nombre de phases psychologiques décrites par deux canadiens, J. PROCHASKA et C-C. DI CLEMENTE en 1982. Ce modèle propose six stades de changement :

1. Le stade de pré-contemplation (ou de pré-intention, selon les traductions).

La personne est dans le **déni**. Elle n'a pas encore considéré la possibilité de changer ou n'a pas encore identifié son problème comme étant réellement un problème. Il est rare à ce stade de voir la personne se présenter d'elle-même pour un traitement. C'est l'entourage qui identifie le comportement problématique.

Phrases types illustrant ce stade : « *L'alcool ne me pose pas de problème, je contrôle ma consommation.* » « *C'est ma femme qui veut que je consulte, elle pense que je bois trop.* »

2. Le stade de contemplation (ou d'intention).

L'**ambivalence** caractérise essentiellement cette phase. A ce stade, la personne prend plus ou moins conscience du problème, mais hésite face au changement. Aller et venir entre les raisons pour changer et les raisons pour rester dans la même situation, tel est l'enjeu à ce niveau.

Ex : « *Je me dis parfois qu'il faudrait que je réduise ma consommation, mais j'ai du mal à m'imaginer sans boire. C'est la seule chose qui me fait vraiment plaisir.* »

3. Le stade de détermination (ou de préparation).

La personne a la **volonté de changer** un comportement devenu nuisible pour elle. La balance penche en faveur du changement. Une action devient alors possible. C'est un stade particulièrement instable, avec une possibilité de passage au stade d'action ou de retour au stade de contemplation. Il s'agit ici de trouver les meilleures stratégies pour mener à bien le changement visé.

Ex : « *Là, je dois réellement faire quelque chose.* » « *Ce qui s'est passé dernièrement me fait vraiment peur, il faut que j'arrête.* »

4. Le stade d'action.

Ici, le **changement est effectif**, qu'il s'agisse d'une rupture ou d'une amélioration du comportement problématique.

Ex : « *Je suis content d'avoir pu réduire ma consommation d'alcool.* » « *Je me sens beaucoup mieux depuis que je ne bois plus* ».

5. Le stade de maintien d'action (ou consolidation).

Le changement commence à s'installer dans la **durée**. On parle de maintien après trois mois d'abstinence ou de changement de consommation.

Ex : « *C'est encore difficile de ne plus consommer d'alcool, mais ça va de mieux en mieux.* » « *J'ai vraiment l'impression de commencer une nouvelle vie.* »

6. Le stade de rechute.

Il correspond à un **changement de décision** par rapport à une décision de changement. La rechute est souvent due à l'ambivalence encore présente et reflète le fait que la rupture et le deuil de la substance et du comportement ne sont pas encore complets. Elle peut être vue comme une tentative de vérifier s'il faut toujours maintenir la décision de rupture, si le produit ou le comportement sont toujours aussi toxiques.

Ex : « *Je me suis dit : juste un petit verre...* » « *La vie était trop triste sans alcool.* »

Ce processus de changement n'est pas linéaire : Il peut y avoir des retours à un stade précédent, et les étapes sont de durées très variables. Il est représenté comme un cycle (Cf, figure ci-dessous) ou une spirale (Cf, autres représentations en annexe 1, p 33).

Changer un comportement dysfonctionnel est difficile. Ce processus est évolutif et souvent émaillé de rechutes et de renouement avec le changement.

De nombreux échecs sont liés à un manque de concordance entre les envies de changement des patients et les projets de soins des intervenants. Il est donc très utile de tenir compte des stades de changements décrits dans la définition des parcours thérapeutiques. L'offre de soins devra en effet se structurer en fonction du stade de changement dans lequel se trouve le patient, stade qui sera évalué lors d'un premier entretien en individuel, puis réévalué régulièrement afin d'ajuster l'intervention thérapeutique selon l'évolution.

b) La balance décisionnelle de JANIS et MANN

JANIS et MANN (1977) ont eu les premiers l'idée de décrire une méthode d'aide à la prise de décision en utilisant l'image d'une balance. D'un côté de la balance pèsent les éléments favorisant le statu quo, et de l'autre les éléments en faveur du changement. Les deux alternatives possèdent des points positifs et des points négatifs. Il existe en effet des bénéfices comme des pertes et un prix à payer à maintenir un comportement comme à modifier ce même comportement. Il s'agit de peser le pour et le contre des deux situations.

La schématisation de cette balance peut s'effectuer avec le patient durant l'entretien à l'aide de la liste inconvénients/avantages.

Sans changement Consommation d'alcool		Avec changement Réduction de la consommation	
Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénients
Ex : Détente, plaisir, convivialité, oubli des soucis.	Ex : Perte de contrôle, problèmes de santé, problèmes relationnels, troubles de la mémoire.	Ex : Idées plus claires, santé, concentration, contrôle, meilleure image de soi	Ex : Irritabilité, timidité, ennui, changement d'habitudes de vie, sentiment de vide...

Ce tableau est un bon indicateur du degré d'ambivalence d'une personne et fournit une image globale de la situation. Il sert de matrice au travail thérapeutique dans la définition des objectifs et dans l'élaboration des stratégies de réduction des effets négatifs du produit ou du comportement.

2) Définition et concepts de base

L'entretien motivationnel est une méthode de communication et de préparation au changement de comportement.

Plus qu'une nouvelle technique d'entretien, il s'agit d'une évolution radicale du style relationnel entre patient et soignant, particulièrement adapté dans le champ des addictions (LECAILLER et MICHAUD, 2004).

MILLER et ROLLNICK définissent l'Entretien Motivationnel (EM) comme *« une approche centrée sur la personne qui vise à amener à un changement de comportement par l'augmentation de la motivation intrinsèque en aidant le patient à explorer et à résoudre son ambivalence »*.

L'entretien motivationnel a donc pour objectif de faire ressortir chez les patients les arguments en faveur d'un changement. La motivation est ici considérée comme un processus interpersonnel, état transitoire et fluctuant que le thérapeute peut influencer. L'importance du changement pour le patient, la confiance dans sa réalisation, et sa disposition à l'entreprendre, en sont les composantes essentielles.

Si l'EM se veut non directif dans l'exploration, sans jugement des valeurs fondamentales et de l'ambivalence du patient, il se distingue néanmoins de l'approche rogérienne en ce qu'il vient réellement diriger le patient dans son processus de changement.

L'entretien motivationnel distingue deux phases : la première consiste à bâtir la motivation du patient au changement, la seconde vise à consolider la décision et à mettre en œuvre les actions pour y parvenir.

3) Objectifs et principes généraux

La perception du patient et son libre choix constituent les principes de base de l'approche motivationnelle. Quatre principes généraux sous-tendent la pratique de l'entretien motivationnel :

a. **Faire preuve d'empathie**

La communication empathique est une caractéristique fondamentale du style relationnel employé tout au long de l'entretien. Il s'agit d'une écoute marquée par le respect du discours de la personne avec le désir de comprendre ce qu'elle a en tête. L'empathie étant une situation émotionnelle où l'on tente de percevoir les choses au travers des yeux de l'autre, en se mettant à sa place.

Cette attitude nécessite l'acceptation par le thérapeute du sujet comme il se présente, avec l'envie d'entendre le patient exprimer ses points de vue, et en particulier son ambivalence, ses contradictions, ses hésitations. Mais, l'intérêt pour ce que vit la personne n'interdit néanmoins pas l'expression d'un désaccord.

Ce mode d'écoute prédispose le patient au dévoilement de soi, de ses craintes, aspirations et valeurs personnelles, constituant ainsi un riche matériel de travail partagé entre soignant et soigné.

b. **Développer les divergences**

L'EM se veut intentionnellement directif dans les situations problématiques où le changement de comportement considéré est vécu comme souhaitable. Il s'agit là de créer dans la façon de voir du patient une divergence entre son comportement actuel et ses valeurs de référence ou ses objectifs personnels, afin d'augmenter de façon sensible sa perception des inconvénients du statu quo. La « **dissonance cognitive** » ainsi provoquée ouvre la possibilité d'une réflexion sur de nouvelles alternatives.

« La motivation au changement survient lorsque les gens perçoivent une contradiction entre ce qu'ils sont et ce qu'ils aimeraient être. Le travail motivationnel consiste à révéler ces contradictions et à être le partenaire extérieur du dialogue intérieur que cette contradiction génère » (MILLER et ROLLNICK, 1992).

c. Eviter l'argumentation ou « Rouler avec la résistance »

Si l'on comprend que la résistance du patient est un indicateur de dissonance dans la relation thérapeutique, tout plaidoyer en faveur du changement n'aura aucune chance de convaincre un sujet ambivalent.

Une position persuasive, d'opposition, voire de lutte est un signal fort qui doit conduire le thérapeute à changer d'attitude, autrement dit à « rouler avec la résistance » en utilisant l'énergie qu'elle contient pour avancer. Il s'agit plutôt d'inviter le sujet à prendre en considération de nouveaux points de vue et de l'amener à devenir acteur de ses problèmes pour trouver ses propres solutions.

d. Développer le sentiment d'efficacité personnelle

Concept développé par BANDURA (1995), le sentiment d'efficacité personnelle réfère à la croyance des individus que leurs actions auront effectivement un impact sur une situation qu'ils désirent modifier. Or, le crédit que s'accorde un patient quant à ses possibilités de mettre en œuvre et de réussir le changement est un facteur prédictif positif de la survenue de ce changement.

Un des objectifs généraux de L'EM est donc de renforcer la confiance du patient dans ses capacités à surmonter les difficultés et de le soutenir dans les efforts qu'il déploie. Par ailleurs, les croyances de l'intervenant sur le caractère possible ou non d'un changement chez le patient auraient elles aussi un effet important sur le résultat.

4) Techniques d'entretien (Cf, exemples pratiques en annexe 2, p 34)

a. L'écoute réflexive

Elle n'est certes pas spécifique de l'EM, mais caractérise vraiment son style. Ne se différenciant d'une question que par une inflexion de la voix, le reflet est une affirmation qui renvoie, de façon dirigée, son propre discours au patient.

L'écoute réflexive se pratique avec un jeu de nuances qualitatives (répétition, reformulation, paraphrase, reflet des sentiments) et quantitatives (reflet simple, amplifié, sous-évalué, double reflet). Elle permet de « laisser la main » au patient en ce qui concerne le contenu du discours tout en l'orientant dans le développement ou l'explicitation de son ambivalence, sa motivation, son discours sur le changement.

b. Les questions ouvertes

Elles s'opposent aux traditionnelles questions fermées, utilisées dans le recueil d'information, qui appellent des réponses brèves et précises. Elles favorisent l'exploration, invitent à développer un point de vue, et permettent ainsi de faire émerger les préoccupations du patient.

Exemples : *Qu'est-ce qui vous inquiète dans votre situation actuelle ? Que pensez-vous de votre consommation d'alcool en ce moment ? Comment aimeriez-vous voir évoluer les choses ? Que pensez-vous pouvoir faire ?*

c. Le renforcement

L'intervenant ponctue l'entretien par des phrases valorisant la démarche. Il renforce ainsi le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi du patient.

L'ambivalence elle-même peut être intégrée dans le renforcement, le thérapeute reconnaissant alors la responsabilité et la liberté de choix. Cela contribue à faire baisser la résistance et à faire émerger le discours sur le changement.

d. Le résumé

De courtes et fréquentes récapitulations ponctuant l'entretien permettent de travailler les deux versants de l'ambivalence, de sélectionner les éléments motivationnels et de les faire réentendre au sujet. Elles autorisent aussi celui-ci à corriger ou développer le tableau présenté. Ce résumé se fait plus encore à la fin d'une séance et au début de la suivante.

5) Entretien motivationnel et stratégies thérapeutiques

L'entretien motivationnel, tenant compte des stades de changement décrits par DI CLEMENTE et PROCHASKA, propose des stratégies d'intervention qui permettent aux patients, à travers un processus de maturation de la motivation, de s'engager activement et en connaissance de cause dans le traitement.

L'objectif poursuivi est de *faire progresser le patient dans les stades de changement jusqu'à la résolution de ses problèmes* (AUBIN H-J., 2000).

Selon ce modèle, le thérapeute doit adapter son intervention au stade de changement où se trouve le patient. Ainsi, par exemple, il serait inapproprié de proposer directement un sevrage à un patient qui se situerait au stade de pré contemplation ou de contemplation.

Le tableau suivant présente, de façon très synthétique, les indications essentielles pour l'entretien selon le stade de préparation au changement considéré.

Stade de changement de PROCHASKA et DI CLEMENTE	Stratégies de motivation Indications pour l'entretien
1- Pré contemplation	Donner de l'information et du feed-back pour augmenter la conscience du problème et la possibilité de changer. Créer le doute.
2- Contemplation	Encourager la réflexion. Faire l'inventaire des expériences passées. Explorer l'ambivalence et faire pencher la balance décisionnelle en faveur du changement.
3- Détermination	Aider à trouver la meilleure stratégie de changement qui soit à la fois acceptable, accessible, appropriée et efficace.
4- Action	Produire un changement concret dans la zone de problème. Soutenir par des conseils pratiques et maintenir la motivation.
5- Maintien d'action	Le challenge consiste à maintenir le changement par un travail de prévention de la rechute.
6- Rechute	Dédramatiser la situation pour éviter le découragement. Encourager à continuer à désirer le changement, pour renouer

Particulièrement indiqué aux **stades 2 et 5**, différentes modalités cliniques d'utilisation de l'EM peuvent être envisagées : La première est un travail préparatoire qui consiste à débiter la prise en charge sur un mode motivationnel pour permettre d'augmenter la motivation et de favoriser l'adhésion aux soins ultérieurs, quelle que soit la méthode thérapeutique finalement adoptée dans un second temps.

Une autre possibilité est de conserver le style motivationnel comme trame de fond et de mener un programme thérapeutique avec reprise de l'approche lorsque surgissent au premier plan des problèmes de motivation. Enfin, l'EM peut être choisi comme mode exclusif de communication tout au long de la prise en charge.

L'entretien motivationnel peut être parfois considéré comme une forme d'intervention brève lorsqu'il répond aux propositions de définition de celle-ci (critères de durée, de reproductibilité et de bonne pratique), dans des cadres cliniques relevant le plus souvent de l'éducation thérapeutique.

6) Evaluation de l'efficacité de l'entretien motivationnel

Depuis la parution en 1991 du manuel de référence sur l'entretien motivationnel par MILLER et ROLLNICK, ont eu lieu de nombreuses études sur son efficacité. Ces études portent toutes sur des adaptations de l'entretien motivationnel (AEM) utilisant le « style motivationnel ». Les effets les plus manifestes de ces AEM ont été observés dans la prise en charge des problèmes d'alcool et de toxicomanie. Ces effets positifs des AEM ne diminuaient pas avec le temps et elles semblaient aussi efficaces comme préalable à une autre prise en charge qu'utilisées seules. Par ailleurs, il était intéressant de noter que des interventions courtes de style motivationnel donnaient des effets comparables à des interventions plus longues (d'après D. LECAILLER et P. MICHAUD, 2004).

L'étude la plus puissante, le projet américain MATCH (Project MATCH Research Group, 1997), d'envergure inégalée jusqu'à maintenant en toxicomanie (1726 sujets),

visait à comparer l'efficacité de trois styles d'intervention les plus fréquemment utilisés auprès des personnes souffrant de dépendance à l'alcool.

L'une des 3 modalités thérapeutiques retenues : motivationnelle, cognitivo-comportementale (prévention de la rechute) ou Minnesota (inspirée des concepts issus des Alcooliques Anonymes), ont été proposés aléatoirement aux patients.

Il est intéressant de constater que les 3 formes de traitement ont démontré la même efficacité en terme de réduction de la consommation d'alcool, l'approche motivationnelle donnant toutefois des résultats supérieurs aux deux autres méthodes pour les individus résistants se situant aux stades précoces de préparation au changement (pré contemplation et contemplation).

Par contre, au sein des pays francophones, l'EM demeurant relativement peu connu et peu utilisé de façon systématique, nous ne disposons pas encore de données relatives à l'étude de son efficacité.

Il paraissait donc intéressant d'aller interroger les acteurs de terrain, intervenant localement en alcoologie, afin de recueillir leurs observations sur l'utilisation de l'entretien motivationnel.

III. L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL DANS LA PRATIQUE

1. Qu'en pensent les professionnels de l'alcoologie ?

N'intervenant pas directement dans le domaine de l'alcoologie, mon expérience pratique limitée de l'entretien motivationnel ne me permettait pas d'illustrer plus concrètement l'intérêt de cette approche.

Aussi, afin d'étoffer ce travail sur le versant pratique et me donner la possibilité d'étayer une réflexion critique, me sembla-t-il intéressant d'aller à la rencontre des intervenants en alcoologie de la région caennaise ayant adopté l'entretien motivationnel dans leur pratique. L'objectif étant de les interroger sur leur choix et leur utilisation concrète de ce style d'intervention.

2. Présentation de la méthode de travail

L'élaboration d'un questionnaire en 3 parties sert de guide à cette enquête de terrain. Composé de 3 parties, il aborde les 3 principales questions suivantes :

- 1. L'origine de l'intérêt pour l'entretien motivationnel et du choix de cette approche.**
- 2. Les modalités pratiques de l'utilisation de l'EM.**
- 3. Une réflexion critique sur cette pratique.**

Cf., détails du questionnaire en annexe 3, p 37

Ce questionnaire a été soumis aux équipes d'intervenants de 4 structures de soins en alcoologie de la région. La présentation du questionnaire et le recueil des réponses s'est effectué de façon directe dans 2 de ces structures où j'avais par ailleurs été accueillie pour une période de stage dans le cadre du DU. Pour les 2 autres, la transmission s'est effectuée par voie postale, par défaut de temps suffisant pour aller à la rencontre des équipes concernées.

3. Les résultats

❖ Caractéristiques de l'échantillonnage

15 questionnaires ont été complétés dont 2 partiellement. La transmission directe sur mes 2 lieux de stage a permis d'en recueillir le plus grand nombre (12), contre seulement 2 par voie postale.

Les professionnels ayant répondu sont majoritairement de formation médicale ou para-médicale : 8 médecins alcoologues dont 1 psychiatre, 4 généralistes et 3 praticiens hospitaliers, 1 cadre infirmier et 4 infirmières.

1 psychologue et 1 assistante sociale ont également apporté leurs réponses.

❖ Analyse des réponses : Caractéristiques essentielles de la pratique de l'EM (intérêts et limites)

S'agissant de questions ouvertes, l'analyse de contenu a consisté à repérer les éléments communs, les constantes de réponses apportées, venant souligner un consensus quant à la pratique de l'entretien motivationnel. Les spécificités ou divergences éventuelles paraissent tout aussi intéressantes à considérer.

Un certain nombre de points de réflexion sont ainsi ressortis de cette analyse. Les éléments présentés ci-après sont issus de la synthèse des observations recueillies.

➤ *Un nécessaire temps de formation préalable.*

A noter en 1^{er} lieu que 12 des personnes ayant répondu au questionnaire avaient suivi une session de formation à cette approche. Les 3 autres, dont 2 ayant apporté des réponses partielles, précisaient connaître certains principes de base de l'entretien motivationnel, mais ressentir la nécessité de suivre un temps de formation pour pouvoir l'utiliser efficacement dans leur pratique. Cette approche, comme beaucoup d'autres, ne peut donc pas faire l'économie d'un travail de définition et d'approfondissement des champs conceptuels et des techniques de travail pour une utilisation aisée et adaptée.

➤ ***Une approche particulièrement adaptée et adaptable à la réalité du travail de terrain en alcoologie.***

De l'avis de tous, *l'approche motivationnelle constitue la pierre angulaire de toute démarche thérapeutique, l'évolution de la motivation au changement demeurant le problème central dans le champs des addictions.* En pratique, elle aborde concrètement les difficultés personnelles rencontrées face à une conduite addictive et sert ainsi de guide dans la définition d'une démarche thérapeutique individualisée. Elle est facilement abordable et compréhensible par tous les usagers.

Permettant de situer le patient dans ses possibilités de changement, l'EM oriente l'accompagnement le plus adapté.

➤ ***Facilite l'entretien et apporte un confort bilatéral dans la relation instaurée.***

L'approche motivationnelle apporte de solides bases dans la pratique de l'entretien clinique. *Base d'une prise de contact favorisant le lien thérapeutique, elle facilite l'implication de la personne dans une relation interactive d'accompagnement.* Elle permet d'affiner sa demande et de construire un travail commun « *sur mesure* », en partenariat, respectant le rythme d'évolution de la personne.

Le thérapeute ne s'épuise plus à tenter de convaincre le patient de changer malgré lui et évite les situations de stress professionnel. Il crée ainsi des conditions de travail plus confortables et sereines.

➤ ***Un formidable outil pour contourner le déni (ou éviter de l'accentuer), et faire évoluer la motivation au changement.***

Particulièrement adapté au début de suivis, avec les personnes n'exprimant pas de demande de soin (situations de déni ou publics sous contraintes) ou peu impliquées (résistantes) dans la démarche thérapeutique. Egalement pour faire face à l'ambivalence (stade de contemplation de PROCHASKA).

L'entretien motivationnel peut être utile à tous les niveaux de la prise en charge pour accompagner et soutenir la prise de décision, et pas seulement pendant la phase préparatoire de travail sur la motivation, au tout début de la démarche thérapeutique.

L'utilisation de l'EM ne se justifie pas dans les situations où le sujet exprime précisément sa décision de changement, mais trouve sa place dès que le doute et l'ambivalence réapparaissent. Il permet d'évaluer les évolutions tout au long d'un suivi.

➤ ***Responsabilise et rend le patient acteur de sa démarche.***

S'ajustant précisément aux attentes et possibilités de la personne, l'entretien motivationnel contribue à *lui redonner la parole* et à ce qu'elle s'approprie sa démarche, tout en développant un sentiment d'auto-efficacité.

Lui proposant de s'investir personnellement dans un projet thérapeutique en l'incitant à décider elle-même des orientations et des actions à mettre en place, le travail motivationnel exerce ainsi une responsabilisation de la personne dans la prise en charge de sa problématique. « *Redonnant au sujet les clés de son évolution, il lui permet de se réapproprier ses problèmes et d'y apporter des solutions* ».

Il améliore ainsi significativement la participation des patients aux soins proposés.

➤ ***Mais, la prise en compte des difficultés et de la souffrance des personnes va au-delà des motivations à changer.***

Il est en effet essentiel de resituer la problématique considérée dans une histoire personnelle globale et d'en tenir compte, au risque de se déconnecter d'un parcours de vie douloureux.

Le travail sur l'histoire du patient est à mettre en lien avec l'historique de sa consommation d'alcool, ce qui donne sens à son parcours et amène à une réflexion sur un possible changement.

Les techniques d'inspiration analytique ou les études de génogrammes peuvent ainsi accompagner pertinemment le travail motivationnel.

➤ ***L'entretien motivationnel n'est pas adapté à certains types de publics.***

Abordable et adaptable avec le plus grand nombre, la pratique de l'EM n'est toutefois pas appropriée avec certains publics comme les personnes présentant des troubles psychopathologiques associés.

De même, l'EM ne paraît pas indiqué pour les patients qui subissent de très lourdes pressions extérieures influençant fortement la définition de la demande d'aide.

➤ ***Une technique d'entretien parfois trop « incisive ».***

La dissonance cognitive provoquée par la directivité de l'entretien dans l'exploration de l'ambivalence entraîne une déstabilisation de la personne qu'il s'agit de contenir pour éviter de provoquer une rupture réelle de la relation.

L'ouverture de « failles », déséquilibre provoqué par le thérapeute, est néanmoins nécessaire pour faire bouger les choses et envisager d'autres possibilités pour reconstruire un nouvel équilibre.

La formation et l'expérience apprennent à repérer les limites acceptables pour chacun, mais la vigilance doit rester constante.

➤ ***L'entretien motivationnel ne doit pas servir de dogme, ni servir le dogme de l'abstinence.***

L'EM n'est, et ne sera jamais, la solution exclusive à proposer aux personnes en difficultés avec l'alcool. Aucune théorie ne permet d'expliquer et de traiter ces problèmes car la complexité des phénomènes mis en cause exige une compréhension multi-niveaux et plusieurs formes d'interventions associées peuvent s'avérer efficaces.

L'EM ne peut donc pas être la seule proposition thérapeutique. Ce style d'intervention doit faire partie d'un ensemble de techniques dont dispose le praticien face aux difficultés d'un patient. Il doit faire partie et compléter utilement la « boîte à outils » au service des intervenants.

L'EM ne doit pas non plus servir le dogme de l'abstinence. L'objectif poursuivi est l'amélioration de la qualité de vie du patient, ainsi que la réduction des risques et des méfaits liés à l'alcool. Le choix du changement revient au patient qui peut préférer ne pas rompre totalement avec le produit, au moins dans un premier temps.

IV. DISCUSSION GENERALE

1. Eléments de réflexion

De ces considérations théoriques et pratiques autour de l'entretien motivationnel, présentées à partir de lectures diverses et de rencontres de professionnels de terrain, découle un certain nombre de réflexions d'ordre plus général sur cette approche qu'il paraît intéressant de développer ici avant de conclure.

- L'entretien motivationnel n'est **pas une approche nouvelle**. Il s'inspire de différents courants conceptuels existants dont il représente la **synthèse** particulièrement adaptée en alcoologie.
- S'intégrant dans une stratégie thérapeutique, cette approche n'exclut pas les autres. Au contraire, la souplesse d'utilisation de l'EM en **association avec d'autres modalités thérapeutiques** renforce son intérêt. Il s'agit d'un outil qui sert de **fil conducteur dans l'accompagnement** et qui peut en associer d'autres, selon le moment et l'évolution de la personne. L'approche cognitivo-comportementale initiale pourra ainsi associer un complément psychodynamique (analytique ou systémique), aux médiations corporelles ou artistiques, ainsi qu'aux groupes de paroles, dans la perspective du **développement d'une approche globale de la dépendance**, telle que la présentent BAILLY D. et VENISSE J-L. (1997).
- Plus une **philosophie**, un **état d'esprit**, qu'un ensemble de techniques à appliquer selon une procédure figée, il imprègne une pratique et l'oriente. Ce modèle repose sur le partage de valeurs sur l'homme et son fonctionnement.

- Réflexion sur l'**analyse des attitudes psychologiques adaptées à l'accompagnement des personnes en difficultés avec l'alcool**, l'EM propose une manière de construire des interrelations positives, surtout dans la façon d'accueillir, de respecter et de soutenir la personne avec empathie.
- Il oblige à s'interroger en permanence sur ce qui se joue dans la relation à l'autre. Or, la **prise en compte de ce qui se joue dans l'interrelation** est essentielle dans toute démarche thérapeutique, avec un intérêt particulier à porter aux phénomènes de transfert du sujet et de contre-transfert du praticien, ces **contre-attitudes** positives ou négatives qui orientent consciemment et inconsciemment le travail engagé (Cf, DESCOMBEY J-P., 2003).
- Précieux **support de travail pour harmoniser les pratiques** des différents intervenants au sein d'une équipe, il permet l'**orientation d'un travail d'équipe** par le partage d'un langage et d'une grille de lecture communs. Il contribue ainsi à plus de cohérence autour de la définition d'un projet psychothérapeutique, renforçant la cohésion du groupe d'intervenants et l'efficacité du travail mené.
- L'EM permet les **approches groupales** qui occupent toujours une place d'importance dans les programmes d'intervention contre les dépendances. Outre leur importante fonction de socialisation, ces groupes favorisent chez les participants la décentration face à leurs problèmes et leur permet ainsi d'attaquer certaines croyances. (Voir à ce sujet les exemples d'application clinique de groupes motivationnels proposés par C. DAVIDSON, F. BOURRIT et P. MASO, 2002).

2. Prolongements et perspectives

L'entretien motivationnel ouvre d'intéressantes perspectives dans le champ des addictions. Cette approche peut en effet s'étendre à toute forme de dépendance, qu'elle concerne des produits (alcool, tabac, drogues...) ou des comportements (troubles des conduites alimentaires, jeu pathologique...).

Elle peut aussi être appliquée à d'autres pathologies médicales comme le traitement de l'obésité, du diabète ou de l'hypertension artérielle.

Plus généralement, l'EM trouve sa place dans le domaine de l'éducation thérapeutique : réduction des risques, suivi de traitement, régimes, exercice physique...

Modèle transférable à de nombreuses problématiques, l'EM pourrait donc faire écho dans un champ d'intervention beaucoup plus vaste, dès lors que le domaine de la modification de comportement est concerné.

Sa pratique peut donc concerner les différents acteurs impliqués dans les domaines sanitaires et sociaux (médecins, personnels soignants, psychologues, travailleurs sociaux, animateurs...).

CONCLUSION

Avant tout une **manière d'être** avec un patient qui cherche à stimuler le processus de prise de décision précédant tout changement de comportement, l'entretien motivationnel est une façon d'aider un individu à prendre conscience d'un problème avéré ou potentiel et décider d'entreprendre quelque chose pour y remédier.

Loin de proposer la recette miracle qui permettrait de faire changer les individus malgré eux, cette approche s'inspire de bon nombre de concepts existants et connus par la plupart des professionnels intervenants en alcoologie qui la pratique souvent sans forcément la dénommer comme telle. Son mérite essentiel réside en la synthèse qu'elle présente, fil conducteur particulièrement adapté et adaptable à l'accompagnement des personnes en prises avec des problématiques addictives.

Malgré ses limites, ce travail souhaitait mettre l'accent sur ce mode d'intervention spécifique dont l'approche des addictions pouvait tirer grand bénéfice. Modèle reconnu efficace et de plus en plus utilisé, il vient modifier la pratique des professionnels qui l'utilisent, leur proposant un schéma d'intervention souple et efficace.

Mais il leur permet aussi et surtout de poser un autre regard sur la personne dépendante et de considérer leur interlocuteur comme un partenaire actif, responsable de ses décisions et respecté dans son rythme de changement.

Philosophie, état d'esprit et manière d'être dans la relation d'aide, l'approche motivationnelle insiste sur la création du lien et l'accompagnement, éléments essentiels et déterminants dont va dépendre la qualité du travail thérapeutique engagé.

La façon d'être et d'agir avec son patient est l'une des variables prédictives les plus importantes de la réponse à une intervention (MILLER, 1983).

Outre l'importance de l'attitude et du style de l'intervenant dans la relation, ce modèle ravive une réflexion éthique indispensable chez tous les « techniciens des relations humaines » impliqués.

BIBLIOGRAPHIE

AUBIN H-J. (2000), « L'entretien motivationnel : Faire progresser le patient dans les stades de changement jusqu'à la solution de leurs problèmes », in *Le courrier des addictions*, 3 (3), 117-200.

BAILLY D., VENISSE J-L. (1997), *Addictions : Quels soins ?*, Paris, Masson.

BREHM S-S., BREHM J-W. (1981), *Psychological reactance : a theory of freedom and control*, New-York, Academic Press.

DAEPPEN J-B. (2003), *Vade-mecum d'Alcoologie*, Genève, Médecine & Hygiène.

DAVIDSON C., MASO P. (2002) *Dépendances et changements : un autre regard*, Genève, Carrefour et Prévention.

DESCOMBEY J-P. (2003), *Précis d'alcoologie clinique*, Paris, Dunod.

FREUD S. (1949), *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF.

GAINARD J-Y. et KIRITZE-TOPOR P. (1992), *L'alcoologie en pratique quotidienne*, Paris, Laboratoires MERAM.

JANIS I-L., MANN L. (1977), *Decision-making : a psychological analysis of conflict, choice and commitment*, New-York, Free Press.

LECALLIER D., MICHAUD P. (2004), « L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique », in *Alcoologie et Addictologie* ; 26 (2) : 129-134.

MILLER W-R., ROLLNICK S. (2002), *Motivational Interviewing: Preparing people for change* (Second Edition), New-York, Guilford Press.

MILLER W-R., ROLLNICK S. (1995), “What is motivational interviewing ?”, in *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23 (4): 325-334.

MILLER W-R. (1983), “Motivational interviewing with problem drinkers”, in *Behavioral psychotherapy*; 11: 147-172.

NUTTIN J. (1985), *De la motivation humaine*, Paris, PUF.

PROCHASKA J-O., DI CLEMENTE C-C. (1982), “Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change”, in *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*; 19 (3): 276-288.

PROCHASKA J-O., DI CLEMENTE C-C., NORCROSS J-C. (1992), « In search of how people change. Applications to addictive behaviors.», in *American Psychologist*, 47, 1102-14.

ROGERS C. (1961), *Le développement de la personne*, Paris, Dunod.

ROSSIGNOL V. (1999), “L’entrevue motivationnelle : une approche novatrice de la toxicomanie”, in *L’Intervenant* de l’association des intervenants en toxicomanie du Québec; 15 (2).

Site Internet : **www.motivationalinterview.org**

Contact : **AFDEM** = Association Francophone de Diffusion de l’Entretien Motivationnel
154, Rue Legendre 75017 PARIS

ANNEXES

Techniques d'entretien motivationnel

Quelques exemples pratiques

extraits du *Vade-mecum d'Alcoologie* de **J-B. DAEPEN** (2003).

Une façon de réduire la résistance consiste simplement à **répéter ou reformuler** ce que la personne dit. Cela l'informe d'une part que vous l'avez entendue, et d'autre part que vous n'avez pas l'intention d'argumenter contre elle.

Patient : « *Je ne peux pas arrêter de consommer, tous mes amis boivent !* »

Thérapeute : « *Arrêter de consommer vous semble presque impossible parce que vous êtes la plupart du temps avec des amis qui boivent.* »

Patient : « *Oui, c'est ça, quoique je pourrais peut-être y arriver si...* »

Une autre manière de faire face à la résistance consiste à **amplifier ou exagérer les propos** du patient au point qu'il pourra de lui-même relativiser sa propre argumentation.

P : « *Je ne peux pas arrêter de consommer, tous mes amis boivent !* »

Th : « *Ah oui, je vois, vous ne pourriez vraiment pas arrêter parce qu'à ce moment-là vous seriez vraiment différent des autres.* »

P : « *Oui, ça me rendrait différent d'eux, quoique ça ne leur ferait peut-être pas grand-chose du moment que je leur fiche la paix avec leur consommation.* »

Ou encore, on peut **refléter simultanément les résistances et les éléments motivationnels** dans une même perspective de changement.

P : « *Je ne peux pas arrêter de consommer, tous mes amis boivent !* »

Th : « *Vous ne voyez pas comment vous feriez pour ne pas boire en présence de vos amis, et en même temps vous êtes inquiet en constatant les problèmes liés à votre consommation.* »

P : « *Oui, je ne sais pas trop quoi faire.* »

Une autre façon consiste simplement à **changer de sujet**. Il est en effet souvent inutile de vouloir dépasser la résistance; paradoxalement on avance davantage en n'y répondant tout simplement pas.

P : « Je ne peux pas arrêter de consommer, tous mes amis boivent ! »

Th : « Je ne suis pas en train de vous parler d'arrêter de boire et je ne crois effectivement pas que ce soit votre objectif en ce moment. Restons-en pour l'instant à évoquer ensemble ce que signifie pour vous votre consommation, les choses bonnes ou moins bonnes qu'elle vous apporte, et nous verrons plus tard ce que vous comptez faire. »

« **Resituer** » est aussi une stratégie qui permet au patient d'examiner ses perceptions sous un autre angle. De cette manière, un sens nouveau peut être apporté à ce qu'il dit.

Par exemple, une personne se plaint de son conjoint qui lui répète sans cesse : « Il faut que tu te soignes », vivant cela comme infantilisant et contraignant.

P : « J'en ai plus qu'assez qu'elle me dise tout le temps ce que je dois faire. »

Th : « Votre femme doit beaucoup tenir à vous pour vous dire ça alors qu'elle sait que ça vous met en colère. »

Ou encore, pour amener la notion de tolérance à l'alcool et ses dangers...

P : « De toute façon, je supporte très bien l'alcool. Je ne suis jamais soûl. »

Th : « Cette tolérance à l'alcool signifie que vous avez perdu les mécanismes de défense naturels qui empêchent de boire trop. »

Le patient est responsable des choix et des actions qu'il entreprend et l'intervenant le soutient dans ses efforts. **Soutenir le sentiment d'efficacité personnelle**, c'est confirmer au patient qu'il a la capacité de changer. Il n'existe pas de bonne ni de mauvaise façon de procéder pour changer, c'est la créativité propre à chaque personne qui est en jeu. Une méthode efficace pour soutenir la personne dans sa capacité d'arrêter de boire consiste à s'enquérir des changements constructifs antérieurs qu'elle est parvenue à réaliser. L'évocation des expériences réussies aide à démontrer que le changement est possible.

Th : « Vous avez déjà prouvé que vous étiez capable d'arrêter de boire pendant plusieurs semaines... »

L'intervenant encourage le patient à trouver ses propres solutions aux problèmes posés, notamment en l'amenant à explorer les contradictions entre ce qu'il est et ce qu'il souhaite être.

Th : « Donc d'un côté vous ne voyez pas pourquoi vous vous arrêteriez de consommer alors que votre patron vous exploite sans tenir ses promesses de promotion, et d'un autre côté ça vous travaille beaucoup que votre fils de 10 ans vous ait traité d'ivrogne. »

P : « Oui, ça m'a fait mal car je ne veux pas que mon fils souffre de mon problème. »

Th : « Ca semble très important pour vous. »

P : « Bien sûr, c'est très important pour moi. »

Enfin, toujours **se mettre du côté de la résistance**. Dans l'EM, l'intervenant ne tente pas d'aplanir la vague de la résistance soulevée par la menace du changement, il se laisse emporter par elle. Paradoxalement, cela amène souvent la personne à adopter le point de vue opposé de celui qu'elle venait de défendre. Cette stratégie est particulièrement utile avec des personnes très opposantes qui tendent à rejeter tout ce qui peut venir de l'intervenant.

P : « Je ne peux pas arrêter de consommer, tous mes amis boivent ! »

Th : « Oui, je peux m'imaginer la situation. C'est difficile en effet. Vous déciderez peut-être qu'il vaut mieux continuer comme ça. C'est sûrement trop dur à changer. De toute façon, la décision vous appartient.

Edith LEVAVASSEUR

Douvres, le 20 mars 2005

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la validation du Diplôme Universitaire d'Alcoologie proposé par la Faculté de Médecine de Caen, je prépare un Mémoire sur l'utilisation de l'Entretien Motivationnel (EM) en consultation alcoologique.

Au-delà d'une présentation théorique de cette approche, je souhaiterais étayer mon propos à partir d'une enquête d'opinion réalisée auprès de praticiens de la région caennaise. Je cherche donc à contacter tous les intervenants pratiquants l'EM pour recueillir leurs observations à partir du questionnaire ci-joint.

Anonyme et sollicitant uniquement l'intérêt que vous portez à l'EM dans votre pratique, ce questionnaire vous est soumis dans le seul but d'enrichir mon travail des réflexions de professionnels du champs de l'addictologie.

En vous remerciant par avance du temps que vous voudrez bien lui consacrer, et de votre aimable participation au travail réalisé, je vous prie de recevoir, Madame et Monsieur, mes sincères salutations.

E. LEVAVASSEUR

P-S : Je me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à me contacter.

QUESTIONNAIRE CONCERNANT VOTRE UTILISATION DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL EN ADDICTOLOGIE.

1- Origine de votre intérêt pour l'Entretien Motivationnel.

- Comment avez-vous eu connaissance de l'EM ? (Quand, par quel biais ?). Avez-vous suivi une session de formation ?

- Pour quelles raisons essentielles avez-vous souhaité développer cette approche dans votre pratique clinique ?

2- Modalités pratiques de votre utilisation de l'EM.

- En quelles circonstances (caractéristiques de situation), optez-vous pour l'EM ?

- En quelles situations n'est-il pas utile (selon vous) d'y avoir recours ?

3- Réflexion / analyse critique sur votre pratique de l'EM.

- Quels sont les intérêts principaux de ce style d'intervention ?

- Quels en sont les inconvénients, limites essentielles ? A quels types de difficultés êtes-vous confrontés ?

- Quelle place pensez-vous réserver à l'EM dans l'avenir de votre pratique professionnelle?

- **Remarques complémentaires :**

Merci de bien vouloir renseigner ces quelques éléments d'information qui seront utiles pour l'analyse des réponses.

Fonction exercée :

Age :

Sexe :