



Cristiana Fortini  
Service d'alcoologie CHUV

# L'entretien motivationnel

SFA – 17 mars 2011



# L'entretien motivationnel

Pour comprendre ce qu'est l'entretien motivationnel aujourd'hui:

- Retour dans le temps, il y a presque 30 ans...
- Qu'est ce qui caractérise l'EM aujourd'hui?

# Comment est né l'entretien motivationnel?

- **Début années '80**: WR Miller en Norvège
- **1982**: première description de l'EM

## MOTIVATIONAL INTERVIEWING WITH PROBLEM DRINKERS

William R. Miller, Ph.D.

### The Traditional Model of Motivation

The traditional model of motivation with problem drinkers attributes almost all motivational properties to the personality of the individual. It is believed that the alcohol abuser must progress to a certain stage of deterioration before becoming "ready" for treatment. This is captured in the popular notion of "bottoming out," which roughly means having suffered or deteriorated far enough to be motivated for treatment. Further, therapeutic failures with problem drinkers are often attributed to the individual's "denial," "resistance," or "lack of motivation." Thus all types of failure - not becoming involved in treatment, not remaining in treatment or complying with therapeutic regimen, not achieving successful outcome - are attributed to motivational properties of the individual's personality.

On the other hand, therapeutic successes are frequently attributed to qualities not of the individual but of the program. Counselors and treatment programs are pleased to take pride in the successes they have "produced." Successes in Alcoholics Anonymous are said to be due to the quality of "the program," whereas lack of success is attributed to "failure to use the program."

All of this is a comfortable attributional system for the therapist. Successes are due to the skill and quality of the counselor or program; failures are due to insufficiency in the client: insufficient motivation, compliance, insight, deterioration, or desire. This way of thinking is, in fact, perfectly understandable from the standpoint of social psychology. All of us tend to attribute our successes to ourselves and failures to the external environment. (An exception to this is the depressed individual, however, who tends to show just the opposite attributional pattern: successes are accidents, gifts or luck; failures are due to personal inadequacy.) The traditional way of thinking about motivation, then, is comprehensible within the well understood social psychological principle of defensive attribution.

- **1983**: première publication (Miller WR, Motivational interviewing with problem drinkers, British Journal of Behavioural Psychotherapy, *11*, 147-172.)
- **1989**: Miller rencontre S. Rollnick en Australie
- **1991**: premier livre sur l'EM « Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviors »

- **Dès 1991**: élargissement à d'autres comportements: gestion du diabète, alimentation, exercice physique, tabagisme, hypertension, jeu excessif, compliance au traitement, etc.
- **2002**: deuxième édition « Motivational interviewing: preparing people to change »

- **Dès 2002:** multiples ouvrages (EM en consultation médicale, EM adapté aux troubles psy, etc)
- **30 dernières années:** le nombre de publications double tous les trois ans; diffusion et traduction en 38 langues

- Approche intuitive → compréhension des mécanismes sous-jacents
- La manière de concevoir et de comprendre l'EM évolue sans cesse



# L'EM aujourd'hui

4 processus:

1. Engagement

# Engagement

- Créer un espace de confiance, respect, acceptation, qui permet d'explorer le changement en sécurité
- Accent sur la relation
- L'EM n'est pas une façon de faire agir les gens contre leur gré ; au contraire, l'EM respecte et soutient l'autonomie du patient
- L'EM est une collaboration
- L'EM évite la résistance
- Empathie

- Lien très fort entre empathie et issue du traitement (alcool)
  - Miller, Taylor & West (1980)
  - Valle (1981)
  - Miller & Baca (1983)
- L'empathie du thérapeute semble prédire le changement de comportement du patient

# L'EM aujourd'hui

4 processus:

1. Engagement
2. Focus

# Focus

- Confusions:
  - L'EM n'est pas basé sur le modèle transthéorique du changement
  - L'EM n'est pas une balance décisionnelle
  - L'EM n'est pas une forme de TCC
  - L'EM n'est pas juste une forme de counseling centré sur la personne

# Focus

- L'entretien motivationnel est:
  - une conversation **autour du changement**
  - avec une **finalité** particulière (susciter et renforcer la motivation personnelle à changer)
  - orientée vers un **objectif** (le changement)
- Changement de comportement vs changement?

# L'EM aujourd'hui

4 processus:

1. Engagement
2. Focus
3. Évocation

# Évocation

Par des compétences de communication particulières (questions ouvertes, écoute réflexive, valorisation, résumé), le thérapeute vise à faire évoquer un certain type de **langage**.

C'est la composante technique de l'EM:

- Le langage du patient en faveur du changement (discours-changement) est lié au changement.
- Le langage du patient en faveur du statu quo (discours-maintien) est lié au non-changement.



# Le discours-changement

- Mis en évidence très tôt (Miller, 1982): le patient se convainc lui-même du changement en s'entendant parler
- Approfondissement du concept (Amrhein et al., 2003):
  - définition
  - distinction entre discours-changement préparatoire et langage d'engagement

# Le discours-changement

## La recherche:

- Discours-changement → issue du traitement
- Thérapeute → discours-changement
- Thérapeute → discours-changement → issue

# Discours-changement → issue du traitement

- Qu'est-ce qui prédit le changement?
  - Force de l'engagement (Amrhein, 2003)
  - Fréquence du discours-changement (raisons)  
(Moyers et al., 2007)
  - Fréquence du discours-changement (capacité)  
(Gaume et al., 2008)
  - Fréquence du discours-changement préparatoire  
et engagement (Moyers et al., 2009)

# Thérapeute → discours-changement

- Comportements MIAdh (soutenir l'autonomie, valoriser, ne pas conseiller) associés à plus de discours-changement (Catley et al., 2006)

## Thérapeute → discours-changement → issue

- Le thérapeute peut influencer la production de discours-changement.
- Comportements MIAdh, mais surtout les reflets, associés à plus de discours-changement, lui-même associé à des issues plus favorables.
- Importance de refléter sélectivement le discours du patient (Moyers et al., 2009)

# L'EM aujourd'hui

4 processus:

1. Engagement
2. Focus
3. Évocation
4. Élaboration

# Élaboration

- Élaboration d'un plan d'action
- Négociation avec le patient
- (ancienne Phase 2)

# Pour que ce soit de l'EM, faut-il:

- Engagement ?  
oui
- Focus ?  
oui
- Évocation ?  
oui
- Élaboration ?  
non



Merci pour votre attention

[Cristiana.fortini@chuv.ch](mailto:Cristiana.fortini@chuv.ch)