

## Annexe 4 - L'entretien motivationnel

Par Margot Phaneuf, Ph. D., Août 2006, Révision déc. 2013

Mise en page réaménagée par Marie-Josée Poirier, inf. M.Sc.Inf.  
Conseillère cadre en soins infirmiers santé mentale  
CSSSG-Hôpital Pierre-Janet, Gatineau (Québec)

Pour insertion dans le «*Guide clinique pour l'élaboration de plans thérapeutiques infirmiers en santé mentale – Consommation de substances psychoactives*»

Centre Neuro Psycho Pathologique de l'université de Kinshasa,  
République Démocratique du Congo p.21-37

[http://www.millennia2015.org/files/files/M25\\_WeObs\\_Projets/Sante\\_mentale/guide\\_clinique\\_en\\_sante\\_mentale.pdf](http://www.millennia2015.org/files/files/M25_WeObs_Projets/Sante_mentale/guide_clinique_en_sante_mentale.pdf)

### Définition

C'est une intervention particulière, applicable en toxicomanie et dans tous les domaines où une modification du comportement est souhaitable. Cet entretien centré sur la personne est de nature non directive, mais orientée. Il vise à susciter la motivation à agir et le changement en aidant les personnes à résoudre leur ambivalence et à retrouver leur estime de soi.

### Nécessité d'un changement

Face à un malade non motivé à suivre son traitement ou à une personne manifestant un comportement de dépendance, qui ne s'est pas senti dépassé par cette attitude qui nous apparaît à la fois illogique, irresponsable et exaspérante? Qui de nous n'a pas tenté de convaincre, de confronter, de faire adopter des comportements jugés plus adaptés? Le diabétique qui ne suit pas son traitement, le fumeur entêté, l'alcoolique qui ne veut pas reconnaître qu'il boit, sont tous, pour nous infirmières, des écueils importants dans le cours de notre action thérapeutique.

Nos habitudes interventionnistes et notre volonté de bien faire nous ont ainsi conduites à adopter avec ces clientèles des approches plus ou moins directives. Nous avons ainsi cru à la nécessité de méthodes « confrontantes » pour enfoncer les défenses du déni de l'alcoolique ou du drogué. C'était l'approche de Vernon Johnson, modèle classique en la matière, où la personne devait d'abord reconnaître son alcoolisme ou sa dépendance à une quelconque substance ou sa non motivation à son traitement, à la suite de représentations dramatiques des torts qu'elle se faisait, qu'elle occasionnait à sa famille ou des risques dans lesquels elle se plaçait. Notre façon de faire avec le diabétique ou le cardiaque en réadaptation basée sur la peur et la menace des complications n'est pas tellement différente, mais s'est révélée dans un cas comme dans l'autre tout aussi peu productive.

Il semblait alors logique d'explorer d'autres voies pour convaincre et susciter la motivation. Dans une approche fondée sur la recherche, les auteurs William Miller et Stephen Rollnick proposèrent une démarche différente de préparation du malade au changement et des repères nouveaux pour l'entretien. La directivité était remise en question au profit d'une attitude plus motivante.

## L'entretien motivationnel

Cette approche d'abord adaptée à la toxicomanie s'est ensuite étendue aux autres domaines des soins où il nous est nécessaire d'amener la personne à se prendre en main face à son traitement ou à une modification du comportement. Elle permet d'explorer l'ambivalence au changement du malade et d'arriver à la dépasser en misant sur une approche ouverte et respectueuse de ce qu'il vit et ressent face à son problème. Elle n'impose rien, n'utilise ni la peur ni la menace. Tout au long des entretiens, le baromètre de la soignante demeure le degré de résistance que manifeste la personne devant ce qui est proposé et qui devient l'indicateur d'une insistance trop forte, montrant ainsi que l'intervention déclenche la force opposée des mécanismes de défense de négation et de rationalisation. L'influence thérapeutique se situe alors dans un équilibre fragile entre action et réaction.

Dans ces situations de dépendance ou de comportements à modifier, la motivation est un facteur central. Dans une approche plus traditionnelle, pour réussir le traitement, il va de soi que la personne doit être motivée. On le reconnaît par exemple lorsqu'elle accepte l'étiquette d'alcoolique, lorsqu'elle est d'accord avec les soignants et suit fidèlement leurs recommandations. Autrement, elle est jugée « amotivationnelle » et condamnée à l'insuccès.

## Objectifs

Essentiellement centrée sur la personne, cette approche de l'entretien motivationnel a pour objectif central de susciter une motivation intrinsèque qui porte à décider d'agir plutôt qu'une stimulation extérieure provenant des soignants. Nous savons tous comme il est difficile de laisser tomber une habitude, même nocive, comme celle de fumer, de boire ou de se droguer. Nous comprenons aussi qu'il n'est pas simple d'adopter un nouveau régime de vie parce que l'on est diabétique obèse ou asthmatique. C'est le drame de ces personnes dépendantes ou de ces malades qui voudraient bien modifier leur conduite et leur régime de vie, mais n'y arrivent pas ou qui, si elles y parviennent, c'est le plus souvent à la suite de multiples efforts, d'essais répétés et de nombreux échecs.

L'approche de l'entretien motivationnel est différente dans le sens où elle vise un changement important, soutenu par l'action d'une motivation intérieure partant de la personne elle-même et par le dépassement de son ambivalence et de son déni. L'atteinte de cet objectif ne peut se réaliser que par l'instauration au départ d'un partenariat de soins, baigné dans une relation de respect et absente de contrainte.

Lorsqu'il s'agit particulièrement de la personne dépendante, un autre objectif de cette approche et non le moindre, est de lui redonner l'estime de soi que le comportement « d'addiction » et les problèmes qui y sont inhérents lui ont fait perdre. Que ce problème soit lié aux médicaments, à l'alcool, aux drogues, au jeu ou à Internet (blog addiction), ce sujet vit non seulement l'humiliation de ses multiples tentatives d'arrêt avortées, mais il subit en outre la pression de son entourage et la culpabilité qui s'en dégage. En effet, des écarts de son comportement, des problèmes financiers et relationnels qui en découlent, naissent des conflits destructeurs des liens familiaux, mais en même temps dévastateurs sur le plan de l'image et de l'estime de soi.

L'estime que nous nous portons et celui que nous lisons à notre sujet dans le regard des autres, surtout dans les yeux des personnes qui nous sont chères, est une source puissante de bonheur

et d'énergie. C'est le miracle de la considération positive dont parle Rogers. Elle est le nutriment de notre motivation et de notre action. Il y a un fait indéniable, si nous nous croyons valables, nous nous sentons capables. C'est pourquoi, dans cette approche motivationnelle, il est si important de renforcer l'image de soi des personnes que l'on veut amener à agir pour changer afin d'en arriver à leur redonner la maîtrise de soi et de les remettre en contrôle de leur vie. L'estime de soi étant l'une des nourritures de l'action, le sujet trouvera ainsi plus facilement les moyens d'arriver à changer. Et, si nous voulons que ce changement soit vraiment durable, nous devons l'amener à se convaincre qu'il peut devenir le capitaine de sa propre barque. Autrement, rien n'est gagné.

### Les postulats fondamentaux

- La négation du problème est une réaction à l'attitude confrontante des soignants plutôt qu'un trait de personnalité du malade (théorie de Brehm).
- Elle est postérieure à l'intervention thérapeutique.
- La motivation ne peut s'imposer de l'extérieur.
- La relation thérapeutique qu'instaure l'aidante doit être plus un partenariat de soins qu'une relation d'expert/client.

### Les fondements de cette approche

L'entretien motivationnel retrouve les principes d'autonomie du malade et d'écoute centrée sur la personne où l'empathie rogérienne permet d'instaurer un dialogue ouvert et chaleureux. Ce sont les ingrédients majeurs de la relation d'aide bien connue en soins infirmiers. Nous y retrouvons cette croyance optimiste dans l'homme à l'effet que chacun de nous possède en soi les ressources psychologiques qui lui sont nécessaires pour résoudre ses problèmes et pour évoluer. Et, s'applique aussi ici, cette belle comparaison de Rogers avec le gland d'un chêne qui, disait-il, recèle en lui tout ce qu'il faut pour faire un grand arbre, tout comme il y a dans l'homme ce qu'il faut pour évoluer et grandir. Mais dans les principes qui fondent cette approche, il y a plus. Comme en la plante qui poussée par la nature germe et vient à l'éclosion, en chaque être humain, réside un sentiment profond, une énergie vitale qui l'incite à l'épanouissement. C'est la tendance actualisante de l'approche humaniste rogérienne que l'on retrouve aussi dans l'entretien motivationnel.

Pour que cette force se révèle, entre autres au cours d'un entretien, la personne doit être baignée dans un climat de liberté, que Rogers appelait la non-directivité. Cette manière respectueuse de conduire l'entretien, vise à faire exprimer le sujet sans l'interrompre, sans le juger ni critiquer ses valeurs morales, sociales ou religieuses, sans chercher à mettre de l'avant nos propres idées ou manière de faire et sans orienter son discours. Elle tend essentiellement à lui permettre de suivre son propre cheminement. C'est une approche de confiance dans l'homme, une acceptation inconditionnelle de ce qu'il est et de ce qu'il porte en lui de possibles. Comme soignantes, nous devons souvent nous rappeler cette comparaison, avec le gland d'un chêne. Elle est non seulement belle, mais aussi inspirante, surtout dans les situations où nous éprouvons de la difficulté à accepter certains malades difficiles, dont les valeurs sont loin des nôtres. Cette comparaison peut aussi être évocatrice d'espoir face à ceux dont la volonté flanche et que nous désespérons d'arriver à motiver à changer.

*Comme il y a dans le gland d'un chêne tout ce qu'il faut pour faire un grand arbre, il y a dans l'Homme tout ce qu'il faut pour évoluer vers un mieux-être, un plus grand sens des responsabilités, plus d'autonomie ou de sérénité. Carl Rogers*

L'acceptation que sous-tend cette manière de voir l'autre est elle aussi à sa manière « moteur » d'action. Les psychologues nous disent en substance que c'est à partir du moment où une personne se sent acceptée et comprise, que se réconciliant avec elle-même et retrouvant sa dignité, elle se sent plus heureuse et plus ouverte. Elle n'a plus besoin de se réfugier derrière ses défenses pour justifier ses choix et son comportement; elle se trouve en possession de l'énergie qui lui est nécessaire pour changer.

### **Corollaires**

- La résistance au changement est une indication d'échec de l'intervention.
- Les stratégies de l'entretien doivent s'adapter au stade de motivation du malade.
- Les personnes ayant fait l'expérience de nombreuses pertes ou échecs éprouvent de la difficulté à percevoir l'espoir comme un mécanisme efficace de survie.

### **Les postulats fondamentaux**

- L'ambivalence est normale dans ces situations.
- Il appartient au malade de résoudre son ambivalence et non aux soignants.
- Le changement et l'évolution sont intrinsèques à l'être humain
- L'état de «readiness» au changement n'est pas un état stable, mais un produit fluctuant des relations interpersonnelles.

### **La motivation**

Dans cette approche, son nom l'indique, la motivation est le facteur central. Dans ces situations de dépendance ou de comportements à modifier en vue d'un traitement, cette attitude positive est la base de tout. Dans une manière de faire plus traditionnelle, il va de soi de considérer que pour réussir une intervention thérapeutique, la personne doit être motivée. Nul ne peut nier cette nécessité. Mais dans l'entretien motivationnel, la manière de voir la motivation et de la susciter diffère diamétralement.

En effet, dans une approche interventionniste, on reconnaît la personne motivée à quelques traits particuliers. D'abord, on relie sa motivation au fait qu'elle accepte de porter l'étiquette d'alcoolique. Autrement on ne lui concède aucune volonté de changer et aucune chance de réussir à le faire. Autre condition pour que cette personne soit considérée motivée: elle doit être d'accord avec les soignants et consentir à suivre fidèlement leurs recommandations. Autrement, elle est jugée « amotivationnelle », indigne et condamnée à l'insuccès.

### **Principes corollaires**

- Avec l'aide de la soignante, la personne doit décider elle-même de changer et trouver les moyens de le faire.
- La persuasion directe n'est pas efficace à résoudre l'ambivalence du malade.

- L'intervenante doit n'être qu'une facilitatrice.

Dans une telle orientation, les situations difficiles prennent un caractère d'affrontement, de « guéguerre » où le malade réfractaire est vu comme un mauvais malade, reflétant aux infirmières l'image de mauvaises soignantes, plutôt que de tout simplement le percevoir comme un partenaire de soins aux prises avec de grandes difficultés. Mais il y a plus. Toute l'attitude de l'aidante et le contenu de son discours sont souvent biaisés dès le départ par sa conviction que la personne est nécessairement obstinée dans sa position de non-motivation à changer et qu'elle se réfugie invariablement derrière ses défenses. Ces idées préconçues au sujet du malade, car ce sont bien là des préjugés, occasionnent quelque chose qui ressemble à l'effet Pygmalion (Vincent Rossignol, 1998) observé en recherche et en éducation. En effet, il a été maintes fois démontré que nos attentes et nos perceptions des autres modifient leurs comportements. Par exemple, en enseignement, si l'enseignante pense qu'un élève est bon, il y a de grandes chances qu'il se révèle à la hauteur de ce qu'elle espère.

Il en est de même pour les soins infirmiers. Si nous voyons les malades de manière positive, capable de réussir à changer, ils le deviennent et si, par ailleurs nous les percevons comme étant non motivés, ils le deviennent également. Il est évident que lorsque la confiance en la personne est absente au départ et la considération aussi faible, il est difficile de créer avec cette personne un véritable partenariat de soins.

La relation soignante-soigné demeure alors plus ou moins autoritaire et moins motivante. En conséquence, si l'infirmière se positionne dans une relation d'expert à client, si elle tente d'imposer sa volonté de l'extérieur, ses chances d'arriver à susciter le désir de changement sont minces. Pourtant, comme l'explique très clairement Miller, à moins d'un réel désir de changer, à moins que la personne ne voie elle-même la nécessité de le faire, aucune modification ne peut se réaliser (Miller, W. R., 2000, p. 89 - 93). Ainsi, dans cette approche, la motivation prend-elle un visage différent qui nous amène à réaliser qu'elle ne s'impose pas de l'extérieur avec des pressions insistantes ou des menaces. Il nous faut comprendre que notre action, au cours d'un entretien, doit se faire à travers une approche de respect, de considération et de renforcement des valeurs positives exprimées et des comportements adaptés qui sont manifestés. Elle doit viser à stimuler la personne à développer une motivation intérieure qui vient essentiellement d'elle-même, qui est intrinsèque. Ce doit être un levier pour l'action et non pas une béquille.

### **La considération positive**

C'est comme le nutriment qui aide la personne à accepter sa difficulté, à s'y adapter, à adopter au besoin de nouveaux comportements et à grandir avec cette expérience.

### **Le travail avec l'ambivalence et les résistances**

Cette approche motivationnelle nous conduit à adopter aussi une opinion très différente de l'ambivalence, de la négation du problème et des résistances du malade à changer. Originellement, on les considérait comme inhérentes à la personnalité du sujet souffrant de dépendance. Mais ici, l'ambivalence est plutôt considérée comme étant normale dans une situation où la personne retire des bénéfices qui lui plaisent et qu'elle hésite à laisser tomber pour un changement encore aléatoire qui l'inquiète. La décision de briser avec cette habitude enracinée, qui est devenue un mode de vie, est en effet extrêmement difficile à prendre. Ce

comportement de dépendance ou de non-fidélité au traitement présente certes des inconvénients majeurs, mais il recèle aussi tout un potentiel de satisfactions qui en rendent la cessation problématique.

### La balance décisionnelle

- Méthode de prise de décision utilisant l'image de la balance.
- Concept développé par Janis et Mann (1971) qui permet de communiquer une idée complète de la situation.
- Réalisation : d'un côté sont placés les éléments qui inhibent le changement et de l'autre ceux qui le favorisent.
- Les deux alternatives possèdent des points positifs et négatifs qu'il faut amener la personne à faire ressortir, pour qu'elle examine les deux côtés de la médaille.
- Le souci de vérité ne doit pas faire oublier le risque de trop insister sur les côtés négatifs du changement et les côtés positifs du comportement.

### La réactance psychologique

- « Cette théorie de la réactance de Brehm (1981) explique comment une personne dont la liberté personnelle est réduite ou menacée tend à vouloir retrouver une certaine marge de manœuvre et à défendre le comportement nuisible.
- Paradoxalement, lorsque la liberté d'agir et l'autonomie sont menacées, la désirabilité du comportement nocif augmente pour le client.
- C'est ce que l'on observe lorsque des stratégies d'interventions confrontantes sont utilisées.
- Elles peuvent avoir un effet à court terme sur le comportement de dépendance, mais peu persistant à long terme. » (Miller, Benefield & Tonigan, 1993, in Vincent Rossignol)

Mais l'ambivalence demeure toujours un problème important dans ces situations, cependant en entretien motivationnel, cette attitude est considérée comme relevant du malade lui-même et non pas des aidants. Il lui appartient de résoudre son ambivalence, mais il doit d'abord en devenir conscient, ce que la technique de la réponse-reflet permet de provoquer. Toutefois le ce point de vue d'en laisser la responsabilité au malade, exige une bonne dose de confiance. Mais partant du principe, que l'évolution est inhérente à l'être humain (comme dans le gland d'un chêne...), il est normal d'espérer et de croire à l'éclosion de la motivation et au développement de la volonté d'agir.

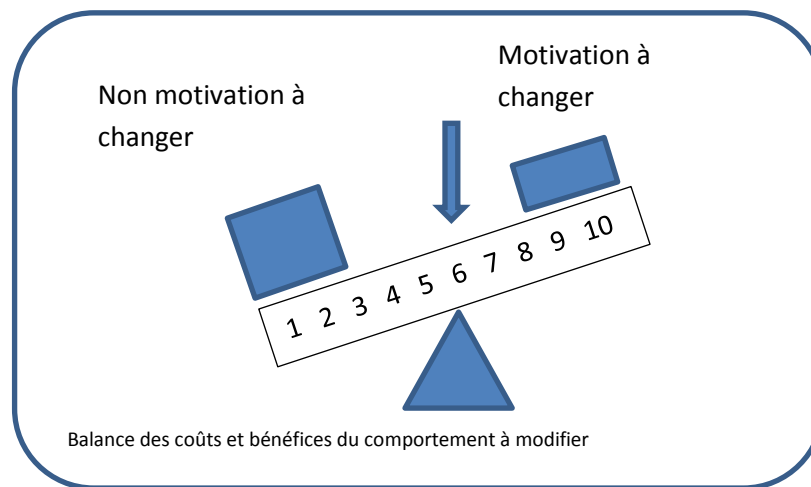
### Le déni, les résistances et la réactance psychologique

D'un autre côté, le déni et les résistances sont plutôt vus, dans cette approche, comme une réaction du malade aux pressions des soignants et seraient même postérieures à leurs interventions qui se veulent pourtant motivantes. Les auteurs Miller et Rollnick expliquent que c'est là la raison de leur mode d'intervention non directif. Pour eux, c'est un moyen d'éviter ce qu'ils appellent la « **réactance psychologique** », c'est-à-dire, le comportement d'opposition à l'action qui serait déclenché par l'insistance des soignants à les faire changer.

Il est vrai que face à certaines pressions, nous avons tous tendance à développer un comportement contraire à ce que cherchent à nous imposer nos parents ou nos éducateurs.

Qui de nous n'a pas fait l'expérience de ces moments d'obstination. Il s'agit là d'une réaction de défense où le sujet désire justifier ce qu'il fait, même s'il sait très bien intérieurement qu'il lui serait profitable de changer. Cet entêtement n'est pas uniquement tourné vers les autres, ou comme on pourrait le croire, contre les soignants, il sert aussi à préserver une certaine image de soi, que l'on craint de voir meurtrir.

Plutôt que l'insistance et la coercition, les auteurs de cette approche motivationnelle suggèrent d'utiliser des stratégies différentes, entre autres, la **balance décisionnelle**. Son application repose d'abord sur une évaluation cognitive de la situation par la personne où l'intervenante amène le malade à faire la part des choses entre les avantages et désavantages de son comportement, de même qu'entre les avantages et désavantages du changement pour lequel elle tente de se motiver. Ce n'est pas nécessairement facile, car le malade a plutôt tendance à ne voir que les inconvénients du changement et que les avantages de son comportement de dépendance ou de sa non-fidélité au traitement. L'infirmière doit donc veiller à conserver un équilibre entre ces deux réalités, afin d'éviter d'enraciner le malade dans ses convictions et de valoriser ainsi l'habitude nocive à éradiquer.



Cette stratégie, par sa logique, son objectivité et sa clarté aide souvent le malade à voir sa situation dans une juste lumière et à se donner la motivation pour évoluer et avec elle, l'énergie pour le faire. Ce n'est donc pas avec des menaces ou en brandissant la peur que l'entretien motivationnel parvient à ses résultats. C'est plutôt par la réflexion sur les désagréments que lui occasionne son agir et sur les avantages éventuels de le changer que le malade trouve en lui la force de se prendre en main. Il est vrai que l'humain est généralement assez intelligent pour comprendre où est son intérêt et ne devrait pas avoir besoin de cette aide, mais comme parfois l'orgueil, la force de l'habitude ou de l'inertie l'emportent, il faut utiliser des stratégies adaptées.

**Règle:**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Un autre moyen vient compléter celui qui précède. Il permet d'amener la personne à voir sa situation de manière plus tangible et à s'engager dans un processus de réflexion, c'est la mesure

concrète de son état de « readiness » à changer. Pour y procéder, il faut utiliser une règle comportant une échelle de 1 à 10. Cette opération doit se faire dans un dialogue détendu qui favorise l'instauration d'un échange sur la nécessité de la sincérité quant à son auto-évaluation et sur les raisons qui justifient, par exemple un 3 plutôt qu'un 5, ou l'inverse. Une motivation basse peut être soulignée de manière objective, mais ne doit donner lieu à aucun reproche. Il est souvent nécessaire de répéter cette opération et de faire des comparaisons avec les mesures précédentes et de renforcer positivement le progrès.

Il est aussi important de demander au malade quel est pour lui le plus grand empêchement au changement (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: <http://www.niaaa.nih.gov/>).

Chaque personne vit ses difficultés à sa manière et pour pouvoir l'aider, il est nécessaire de bien comprendre la situation, de savoir, entre autres, qu'est-ce que l'alcool, le jeu ou la drogue permet au malade d'oublier ou de se cacher: ses rêves déçus, ses échecs professionnels, ses conflits familiaux, son peu d'estime de lui-même...? Quel genre de « béquille de vie » constitue pour lui cette habitude?

### **Le changement**

Cette approche motivationnelle visant le changement, ses principes et ses modes d'action tiennent compte de tous les facteurs qui peuvent l'influencer. En effet, ce processus est complexe; il doit être étudié et bien préparé afin de produire ses effets. Il s'influence ici du modèle de **Prochaska et DiClemente** qui définit clairement les étapes que parcourt un sujet désireux de modifier son comportement, soit pour un traitement, soit pour mettre fin à une dépendance quelconque que ce soit l'alcool, le jeu ou la drogue.

Les phases en sont bien définies plus loin dans ce texte. Il est démontré éloquemment que la personne traverse des périodes ascendantes de motivation, de succès et de maintien des nouveaux comportements adaptés. Mais il démontre également que le sujet peut aussi passer à travers des moments négatifs de rechute. Ce n'est toutefois pas désespéré, puisque dans ce modèle, il est admis qu'il est possible que les étapes de succès puissent être suivies par des étapes de retour à la position de départ et au recommencement du parcours de changement. Ces retours en arrière ne sont pas inévitables, mais nous savons qu'ils sont fréquents. Il est alors plus réaliste de les prévoir et de les accepter, non pas comme une faillite des soins et de la relation, mais plutôt comme une difficulté supplémentaire à surmonter. Devant une telle éventualité, il est facile de nous culpabiliser en pensant que nous aurions dû faire autrement ou davantage. « L'autoflagellation » n'apporte jamais rien, au surplus, dans cette approche, le changement dépend du malade et l'entretien motivationnel vise précisément à le responsabiliser afin qu'il devienne le gestionnaire de sa propre vie, plutôt que d'en remettre la charge aux soignants.

### **Les étapes du changement : modèle de Prochaska et DiClemente**

- Pré-contemplation : phase précédant l'idée de changer où la personne ne perçoit aucun besoin de modifier son comportement.
- Contemplation : phase de prise de conscience du problème qui coïncide avec le développement d'un sentiment d'ambivalence au regard du changement.



- Détermination à changer : phase d'orientation vers la réduction de l'ambivalence et le désir de changer.
- Action : phase où la personne adopte des moyens pour changer.
- Maintien : phase de persévérance de la personne dans son désir de changer et dans l'adoption des mesures nécessaires à une action à long terme.
- Rechute possible : phase où la personne retombe dans ses habitudes antérieures et doit recommencer le processus de changement.

Dans les soins, il est fréquent de trouver des personnes dépendantes ou des malades qui doivent modifier leur comportement quand ce n'est pas leur vie et qui s'imaginent pouvoir demeurer passives. Elles pensent alors que l'infirmière, le médecin ou la travailleuse sociale vont tout arranger. Mais nous savons très bien que cela ne fonctionne pas, de là, la force de l'entretien motivationnel qui laisse toute l'avant-scène à l'intéressé principal, le malade.

Le modèle de Prochaska et DiClemente que cette approche propose, a aussi l'avantage non seulement d'être clair, mais également de nous montrer que le temps précédant la décision de changer, c'est-à-dire le moment de l'ambivalence et de son cortège de projections et de déni, est normal et peut-être même souhaitable. C'est ce que les auteurs appellent ici le moment de la contemplation du changement, moment où la personne pèse les « pour » et les « contre », le moment où elle oscille entre décision et refus. C'est un peu comme un temps de maturation de la décision. Ainsi, l'ambivalence n'est plus vue comme un fléau navrant, mais plutôt comme une étape du processus de changement.

Ce modèle intègre aussi l'échec comme partie intégrante de ce mouvement vers d'autres habitudes, ce qui en fait un exemple pragmatique, bien en lien avec la réalité. En effet, il ne faut pas croire qu'il suffit de mettre en branle une procédure d'évolution personnelle avec le malade, pour que d'un coup de baguette magique, débute et s'instaure le changement. Malheureusement, c'est plutôt un combat que mène la personne avec des victoires pour certaines batailles, mais aussi des échecs prévisibles pour d'autres.

Mais ce ne sont pas les seuls aspects à considérer dans le processus de changement. Tout le déroulement de ce mécanisme complexe doit être scruté avec attention en tenant compte des facteurs internes, mais aussi externes qui l'influencent afin d'en tenir compte pour en tirer le meilleur parti possible et d'éviter certains pièges. Le tableau ci-joint illustre combien le changement est lié, comme nous l'avons déjà vu, à des facteurs de perception de soi du sujet et de ses capacités, mais aussi à la mise en place d'un processus précis et volontaire, où la personne émet clairement sa volonté de changer, détermine les moyens, l'agenda à suivre et on peut même ajouter, en respecte le calendrier.

### **Les facteurs qui influencent le changement**

- La perception de la personne d'un besoin de changement en raison de la distance entre sa souffrance présente et une possible amélioration.
- La croyance que le changement est possible et que ses avantages peuvent se manifester dans un délai raisonnable.
- La conviction de la personne qu'elle est capable de changer (aussi chez la soignante)
- L'identification par la personne de moyens précis pour y arriver et d'un agenda bien déterminé.

- La motivation à l'autoprotection.
- L'expression de sa volonté de changer.

### Les facteurs externes

Bien sûr que dans la bonne marche de ce déroulement les facteurs internes sont primordiaux, mais il ne faut pas non plus complètement mettre de côté les facteurs externes qui le facilitent et en maintiennent la persistance. Parmi eux, l'influence de la famille est déterminante de même que celle des proches, parents, amis et collègues de travail. Ils peuvent tout aussi bien en assurer le succès, qu'en favoriser l'échec. Il arrive souvent que la motivation chancelante du sujet qui veut s'amender soit desservie par l'entourage. Il suffit d'attitudes négatives, de l'expression de doutes, de commentaires de jugement, d'attentes trop grandes, trop rapides, des personnes du milieu, pour qu'il perde sa confiance en ses possibilités et sa motivation. De ceci se dégage la nécessité de faire de la famille une alliée, de créer avec elle aussi un partenariat de soins, au même chef qu'avec le malade.

### Les facteurs externes de changement

- Une famille aimante soutient le sujet.
- Des amis qui n'ont pas une influence négative d'entraînement à faire perdurer le comportement.
- Des personnes qui offrent un modèle positif de vie active, sans comportement d'addiction.
- Un travail valorisant.

### Attitudes à privilégier

- Adopter une approche ouverte à l'autre, centrée sur la personne.
- Respecter sa liberté de choix et son autonomie.
- Manifester une acceptation inconditionnelle de son ambivalence, de son déni et de ses résistances.
- Faire preuve d'empathie.
- Voir la personne comme un partenaire de soins et non comme un adversaire à vaincre.
- Éviter tout jugement, argumentation, affrontement ou pression qui risquent de porter la personne à se défendre ses agissements. (réactance psychologique de Brehm)

### Une approche composite

Cette approche de l'entretien motivationnel réunit plusieurs caractéristiques qui lui sont propres, mais aussi d'autres provenant de diverses orientations des sciences du comportement. C'est une approche éclectique. En effet, en plus de ses bases rogéennes de non-directivité, de non-jugement, d'empathie et de considération positive, elle nous conduit à une multitude d'interventions très diverses dont certaines sont empruntées à des approches telles que celle d'Egan avec l'accent sur la capacité de résolution de problème; celle de la PNL avec sa manière de considérer l'échec plutôt comme un feed-back, une information sur l'agir, plutôt que comme une faillite; celle de Festinger surtout connue en éducation pour ce qui est de la « dissonance cognitive » plaçant la personne dans un état d'insécurité intellectuelle lorsqu'elle se trouve entre une situation connue et une autre qu'elle pressent, mais qui ne lui

est pas encore très familière. C'est en l'occurrence, la situation avec les personnes ambivalentes jonglant entre décision et refus de changer; celle du behaviorisme avec le renforcement positif des qualités et des comportements adaptés de la personne et avec tout l'aspect concret, rationnel de ses éléments théoriques, de même que la mise en place de moyens pragmatiques.

### Attitudes à privilégier

- Chercher à comprendre son cadre de référence.
- Un comportement indésirable n'existe pas de manière isolée.
- Faire une évaluation objective de la situation.
- Renforcer positivement la compétence de la personne à se prendre en main et à résoudre ses problèmes (considération positive)
- Mettre en évidence la dissonance cognitive (contradiction) entre ses aspirations, ses valeurs et son agir par une confrontation douce qui relève l'irréalisme de la conduite (surtout à un stade plus avancé de motivation)
- Susciter des commentaires favorables au changement de la part du client lui-même.

Mais il ne faut pas non plus oublier l'influence dans cette approche, de celle de Gordon, avec l'apologie de la communication « sans gagnant ni perdant ». En effet, dans cette vision de l'entretien motivationnel et des interventions thérapeutiques qui l'accompagnent, la personne est libre de changer et ne subit pas l'autoritarisme triomphant des intervenants. Soignants et soignés sont placés sur le même pied. Cette manière éclectique de considérer l'action de l'intervenante au cours d'un entretien s'adapte bien aux soins infirmiers où l'on considère le malade comme un être autonome. De plus, la notion « d'empowerment » qui se popularise et tend à rétablir cet équilibre soignant-soigné et à redonner du pouvoir au malade, trouve là une application exemplaire.

### Attitudes à privilégier

- L'inviter à sérieusement considérer le changement.
- Aborder les côtés positifs et négatifs du changement.
- Ne pas se laisser arrêter par la résistance, « Rouler » avec les objections, c'est-à-dire toujours demeurer du côté du client.
- Renforcer positivement toute expression de la reconnaissance du problème.
- Aider la personne à identifier des moyens de changer et d'éviter les rechutes.

### Les forces et difficultés de certaines stratégies d'entretien

Pour donner les résultats attendus, le déroulement de l'entretien conduit à choisir des techniques et stratégies facilitantes qui permettent d'appliquer ses principes. Certaines de ces stratégies sont plus courantes et faciles d'application, mais d'autres sont plus difficiles à l'usage. L'une d'elles est par exemple, l'acceptation inconditionnelle d'une personne dont les valeurs et parfois même les manières diffèrent beaucoup des nôtres ou encore qui nous fait vertement savoir qu'elle n'est pas du tout intéressée à ce que nous disons et encore moins à changer. Il nous arrive alors de ressentir de la non-acceptation, si ce n'est du rejet pour une telle personne. Pourtant, l'acceptation est la clé du succès et la seule. Sans cela, la relation se coupe et notre pouvoir d'intervention s'évanouit. Pour nous aider à nous ouvrir à de tels malades et nous motiver à les accepter, nous pouvons penser à ce qu'ils ont déjà été, avant leurs difficultés de

dépendance et à ce qu'ils peuvent devenir avec l'influence d'une action bien menée. Nous pouvons aussi les considérer dans leur dignité d'être humain, toujours présente en dépit de la déchéance. Ce n'est pas magique, mais cela peut être aidant.

Une autre difficulté d'application de cette stratégie de l'entretien motivationnel, est l'attention à la **réactance psychologique** de la personne. Cela peut paraître simple, mais ce n'est pourtant pas si facile d'éviter tout comportement d'opposition à ce que dit ou fait le malade, c'est-à-dire de « *rouler avec ses objections* » et quoiqu'il arrive, de ne jamais s'en faire un ennemi. Que ce soit devant son apathie, ses expressions faciales de rejet, de dégoût, de ressentiment ou ses paroles parfois cinglantes, il faut faire abstraction de nos propres réactions de frustration et même de colère, pour adopter une attitude souple et demeurer, malgré tout, ouverte et prête à poursuivre l'entretien. Cela demande beaucoup de maîtrise de soi et une grande conviction que le maintien du contact avec le malade demeure la meilleure voie du succès.

Autre stratégie parfois périlleuse, la « **balance décisionnelle** » où il nous faut aborder les côtés positifs et négatifs du problème, tout autant que les côtés positifs et négatifs du changement, sans pour autant renforcer les aspects agréables de la dépendance ou les aspects désagréables de la modification de la conduite. Ce n'est pas nécessairement aisé et demande une bonne pratique de cette stratégie. Il nous faut demeurer vigilant, car le malade peut avoir la finesse de trouver la faille dans notre argumentation et en tirer parti pour prendre le contrepied de ce que nous disons et se convaincre du contraire.

### Les techniques d'entretien à privilégier

Faire un entretien est un art que l'infirmière doit bien maîtriser. C'est un acte professionnel qui présente des exigences relationnelles, organisationnelles et même légales. Et, l'entretien motivationnel possède en plus, des impératifs qui lui sont propres.

### Les techniques d'entretien retenues

- La reconnaissance des capacités de la personne.
- L'établissement, avec elle, d'un répertoire de ses réalisations antérieures dans quelque domaine que ce soit et s'en servir comme modèle pour prouver sa compétence à agir.
- La communication de l'espoir d'un mieux-être.
- L'évaluation de sa motivation sur une échelle de 1 à 10. Lui demander d'expliquer la raison du choix de ce degré d'évaluation.
- Pratique de l'écoute réflexive : faire des réponses-reflets à ce qu'exprime le malade.
- Utilisation de questions ouvertes de diverses natures.
- Expression d'affirmations motivantes.
- Fréquentes synthèses de ce qui est exprimé.
- Application de la balance coût/bénéfice (réévaluation cognitive de la situation)

Parmi ces stratégies, retenons entre autres, l'établissement avec la personne d'un **répertoire de ses réalisations antérieures**, par exemple l'obtention d'un diplôme prestigieux, d'un poste intéressant, la mise sur pied de projets quelconques ou l'établissement de relations humaines fructueuses. Il s'agit là, encore une fois, de moyens de la valoriser, de l'amener à se voir de manière positive et de susciter son estime d'elle-même. Mais cette stratégie va plus loin, puisqu'il faut ensuite évoquer avec elle le sentiment de satisfaction et de réussite qui s'en

dégage et s'en servir pour la convaincre que si elle a déjà réussi dans certains domaines, à certains moments, de sa vie, elle peut encore le faire pour modifier son comportement.

L'utilisation de la question ouverte est une autre stratégie à privilégier. En soins infirmier nous procédons régulièrement à la collecte de données auprès des malades, mais malheureusement nous posons beaucoup de questions fermées conduisant à des réponses par oui ou par non ou encore par des répliques minimales. C'est en soi une stratégie directive qui limite le malade à un couloir étroit d'expression et ne lui permet pas réellement de dire ses émotions et sentiments. C'est une habitude à développer que de poser des questions largement ouvertes qui permettent à la personne de révéler ce qu'elle pense et ressent. Une intervention relationnelle comme celle-ci suppose une grande liberté d'expression que la pratique de la question ouverte peut grandement favoriser.

### Quelques questions ouvertes, fermées, combinées

- Est-ce que vous aimeriez voir votre vie changer? (f)
- Parlez-moi de votre souffrance. (o)
- Est-ce que vous aimeriez être aidé? (f) Si non, pourquoi? Si oui, comment puis-je vous aider? (c)
- Quelles sont les choses positives dans votre vie? Les choses négatives? (o)
- Si vous pouviez changer votre vie, comment serait-elle? (o)
- Quels avantages tirez-vous de ce comportement? (manque d'exercice, non fidélité au régime, dépendance à la cigarette, à l'alcool, à la drogue. (o)
- Quels sont les désavantages? (o)
- Que perdriez-vous en changeant? Que gagneriez-vous? (o)
- Est-ce que vous avez déjà tenté de changer? Que s'est-il passé? Comment vivez-vous cette situation? (c)
- Que désirez-vous faire maintenant? (o)

Les questions fermées demeurent certes encore utiles pour recueillir des informations très précises du genre « Combien avez-vous d'enfants? » ou « Depuis combien de temps êtes-vous à l'hôpital? » La réponse ne se fait pas exclusivement par oui ou par non, mais elle ne donne lieu à aucun développement et ne se prête pas plus à l'expression des ressentis. Somme toute, c'est le bon équilibre entre les questions fermées pragmatiques lorsqu'elles sont nécessaires et les questions ouvertes beaucoup plus productives, qui fait la qualité d'un entretien. Les questions fermées apportent des informations, mais les questions ouvertes créent, en même temps qu'elles informent, un climat de liberté et de respect bénéfique à la relation.

La pratique de la question ouverte demande une petite gymnastique intellectuelle assez facile à maîtriser. Les questions qui débutent par « Comment, dites-moi, racontez-moi, que pensez-vous de...? Sont des questions ouvertes. Mais les verbes avec inversion du pronom comme « Avez-vous bien dormi? Ou les questions commençant par « Est-ce que... par exemple « Est-ce que votre femme est au courant? » Sont potentiellement fermées puisque la personne peut, si elle le désire, répondre par un oui ou par un non. Certaines questions sont par ailleurs combinées, c'est-à-dire qu'elles s'amorcent par une question fermée et se complètent par une question ouverte.

### L'écoute réflexive

Mais l'outil de prédilection des échanges dans cette approche non directive est **l'écoute réflexive**. Tout comme en relation d'aide, c'est la présentation en miroir, au malade, de ce qu'il nous communique de ses pensées, de ses opinions, de ses craintes et de ses sentiments par la réponse-reflet. Par ce moyen, la personne peut s'exprimer en toute liberté et en même temps recevoir une image de ce qu'elle est avec ses incompréhensions, ses blocages et ses réactions ambivalentes comme avec ses possibilités et ses forces. Ainsi, l'écoute réflexive est une stratégie qui favorise la connaissance de soi et la réflexion sur soi qui sont susceptibles de conduire la personne à l'autocritique et à la volonté de changer.

- C'est une écoute tournée vers l'autre, qui évite l'expression de jugements ou d'opinion de la part de la soignante. Elle utilise la réponse-reflet et permet à la personne de s'exprimer librement et de se sentir compris et considéré.
- Plusieurs types de reflets sont possibles :
  - La réitération qui est la répétition de tout ou en partie de la phrase dite par le malade. Cela permet de montrer que nous sommes à son écoute.
  - La reformulation qui est un reflet un peu plus complexe des opinions ou expressions du malade dans les propres termes de la soignante. Elle permet de vérifier notre compréhension du problème : « Ce que vous me dites me fait comprendre que vous vous pensez incapable de ... »
  - Le reflet double qui consiste à refléter les 2 côtés de l'ambivalence. Ex : « Si je comprends bien, d'une part vous désirez changer, mais d'autre part vous hésitez à laisser tomber vos amis. » (Miller et Rollnick)
  - Le reflet amplifié consiste à exagérer ou à minimiser ce qui est dit afin de provoquer une réaction et une évaluation plus précise. Ex : Malade : « Je ne peux nier que l'alcool m'apporte une sensation que j'aime bien. » Soignante : « Le fait de boire vous apporte la plus grande sensation que vous puissiez ressentir ? » (Miller et Rollnick)
  - Le reflet de sentiment aide à faire prendre conscience des sentiments vécus. Ex : Vos paroles me font penser que vous êtes en colère contre vous-même !
  - Le reflet-élucidation permet de faire émerger des sentiments plus profonds. Ex : « Vous me corrigerez si je me trompe, mais il me semble saisir un sentiment de culpabilité dans vos paroles ».

Ces outils puissants de l'écoute non directive et de l'ouverture à l'autre peuvent dans certains cas suffire à disposer favorablement la personne et à la motiver au changement. C'est très appréciable, par exemple, pour inciter un diabétique à suivre son traitement ou une personne dépendante de l'alcool à modifier son comportement. Cependant, l'écoute réflexive va un peu plus loin qu'une simple écoute passive, elle devient elle-même intervention.

Dans cette approche motivationnelle, elle prend d'ailleurs un visage un peu différent. Elle comporte les mêmes niveaux que l'écoute réflexive propre à la relation d'aide, mais y ajoute deux niveaux supplémentaires. Il y a d'abord le reflet double qui vient compléter la **balance décisionnelle du comportement** en reflétant les côtés positifs et négatifs de la situation et s'ajoute aussi le **reflet amplifié** qui sert à grossir ou à minimiser un comportement ou une situation. Il vise à provoquer une réaction chez la personne.

Ces stratégies d'écoute réflexive ne sont pas toujours simples à employer, mais une formation adaptée peut facilement y remédier. Ce sont des moyens efficaces en cours d'entretien avec le malade que l'on veut motiver à son traitement ou à modifier son comportement.

De toute manière, une écoute attentive est toujours à la base de toute intervention relationnelle avec le malade. L'entretien motivationnel ne fait pas exception. Et, le précepte qui veut que si on ne sait pas quoi faire dans une situation relationnelle, qu'il s'agisse de relation d'aide ou d'une autre approche, nous n'avons qu'à écouter le malade et ce que nous entendons et observons, nous aide alors à comprendre la situation et à mieux saisir le sens de l'intervention à mettre en place.

Si vous ne savez pas quoi faire, écoutez le malade, il vous renseignera. Miller et Rollnick

### Les pièges à éviter

- Adopter une attitude d'experte.
- Poser de nombreuses questions fermées.
- Se montrer directement confrontante.
- Considérer l'ambivalence comme un trait essentiel de la personne dépendante.
- Focaliser uniquement sur son problème.
- Énoncer des jugements, apposer des étiquettes : «Vous êtes dépendant de ...», «Vous manquez de volonté».
- Proposer des solutions toutes faites, donner des ordres : «Vous devez changer!»
- Émettre des propos menaçants : «Si vous continuez vous perdrez votre travail, votre épouse...». Il le sait déjà.

Toute intervention auprès des malades impliquant les relations humaines, l'orientation vers un changement de comportement ou l'adhésion à un traitement, comporte des risques pas toujours évidents, mais bien présents, de maladresse ou de directivité. Plusieurs de ces pièges ont déjà été évoqués dans ce texte, mais quelques-uns d'entre eux méritent que l'on s'y arrête.

Par exemple, devant les objections que pose la personne, la tentation peut être grande de la confronter durement à son illogisme ou à son inconscience. Nous venons de voir comme cette attitude est peu constructive et même destructrice de la relation et du partenariat avec le malade et demeure à bannir dans cette approche. Mais une confrontation douce peut dans certaines occasions se révéler utile. Si elle est faite dans le véritable intérêt du malade, si elle est bien enracinée dans l'empathie et surtout si elle utilise l'humour, elle peut certes être adaptée. Mais son utilisation devrait aussi être surtout réservée au moment où la personne manifeste déjà une bonne motivation. Cependant, quelles que soient les circonstances, il nous faut retenir que la confrontation ne doit jamais se faire sans ménagement.

Un autre élément à éviter est de se centrer uniquement sur le problème de non-fidélité au traitement ou de dépendance à une quelconque substance ou au jeu. Par exemple, certaines interventions auprès des alcooliques sont une illustration patente de cette attitude où à chaque rencontre, il est demandé à l'intervenante de s'enquérir si la personne a bu au cours de l'intervalle entre les entretiens, combien elle a consommé, et si elle est consciente des répercussions de son comportement sur sa santé et sur sa famille. Ces points ne sont pas

négligeables, il est vrai, mais il ne faut pas en faire une ritournelle, sans cesse répétée. À force de l'entendre, le malade devient totalement imperméable, complètement non motivé, il se ferme et refuse de s'exprimer et de s'engager. Ses opinions, ses pensées, ses insights à son propre sujet, ses aspirations ou ses rêves sont ignorés. Tout son univers ne tourne qu'autour d'un verre. Il arrive alors que cette personne s'enlise au lieu de s'en sortir. Ces rencontres n'ont rien de conviviales et ne ressemblent en rien à des entretiens entre des partenaires de soins.

Elles veulent provoquer une prise conscience, mais causent plutôt le découragement et la résistance. Il faut nous rappeler que l'être humain est plus que ses comportements, si nocifs soient-ils, qu'il est plus que ses problèmes et que sa dépendance n'est qu'une facette de lui-même. Il recèle bien d'autres richesses à exploiter.

Une des conditions du succès des entretiens motivationnel est qu'ils sont agréables et baignés d'un climat de douceur, d'intérêt pour la personne et favorables à la réflexion et à l'auto-évaluation. On n'attire pas les mouches avec du fiel, mais plutôt avec du miel. C'est aussi vrai pour les relations humaines et surtout lorsqu'on désire motiver la personne à prendre une décision aussi engageante et difficile que celle de cesser de boire, de se droguer, de recourir au jeu, à l'ordinateur de manière compulsive (blog addict) ou d'adopter un traitement difficile à accepter.

Il est peut-être utile de souligner que des recherches récentes ont mis en évidence que les habitudes de dépendance et, sans que nous y portions attention, beaucoup de nos comportements, sont reliés dans notre cerveau, au noyau accumbens, carrefour du plaisir chez l'être humain. Ce qui justifie certains philosophes de dire que l'homme est une bête de plaisir. Ce noyau réagit par la libération de dopamine et provoque un état délicieux et une très forte attirance pour sa recherche et sa répétition. Ce serait le centre de la dépendance. Il est stimulé par le plaisir et par la nouveauté. Sans être spécialiste de la neurologie, nous pouvons penser que si nous désirons lutter contre certains comportements d'addiction ou de non-fidélité au traitement, il serait peut-être logique de passer par les mêmes voies, c'est-à-dire par la création d'un climat d'acceptation et de plaisir.

## Bibliographie

André, Christophe (2006). *Imparfaits, libres et heureux. Pratique de l'estime de soi*. Odile Jacob, p. 52.

Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.

Chalvin, Dominique (1992). *L'affirmation de soi*. Paris, ESF.

Cornet, Virginie et Philippe Auriol (1995). *Le parler vrai*. Paris, ESF.

De Saint-Paul, Josianne et Sylvie Tenenbaum (2005). *L'esprit de la magie - La Programmation Neuro-Linguistique*, InterEditions.

Gordon Thomas (2003). *Relations efficaces*. Montréal, Le Jour.



Miller, W. R. (2004). Motivational interviewing in the service of health promotion. *Art of Health Promotion in American Journal of Health Promotion*, 18(3), 1-10.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Miller, W. R. (2000). Motivational enhancement therapy: Description of counseling approach. In J. J. Boren, L. S. Onken, & K. M. Carroll (Eds.), *Approaches to drug abuse counseling* (pp. 89 - 93). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.

Rogers, Carl (1972). *Le développement de la personne*. Paris, Dunod.

Phaneuf, Margot (2002). *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal, Chenelière/McGrawHill.

Rossignol, Vincent. L'entrevue motivationnelle une approche novatrice de la toxicomanie. <http://pages.infinit.net/rossigno/webdoc9.htm>