

ENTRETIENS MOTIVATIONNELS EN ADDICTOLOGIE



373 Route de Clisson 44230 Saint Sébastien sur Loire

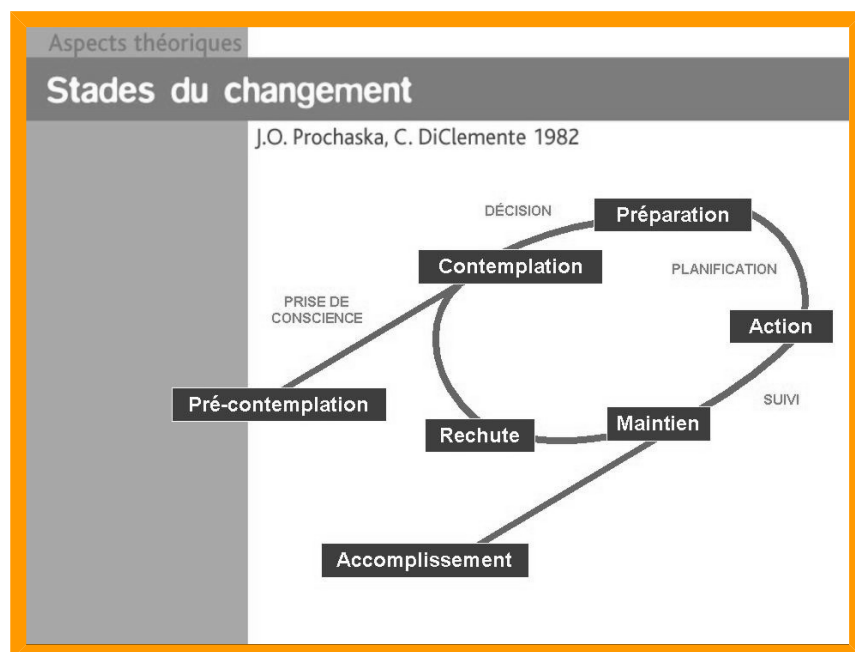
☎02.28.01.43.18

www.rtrn.fr

Jean-Yves GUILLET Médecin Coordinateur, Mai 2012

LES STADES DU CHANGEMENT

En 1982 Prochaska et DiClemente publient leur étude sur le changement avec leur modèle « transthéorique ». Ils ont étudié des populations de fumeurs réalisant un arrêt du tabac avec ou sans aide, seuls ou en groupe, avec différentes approches d'accompagnement en thérapie. Ils se sont également intéressés aux « self-changers », fumeurs arrêtant d'eux-mêmes sans aucune aide extérieure. Ils observent que le changement, quels que soient les moyens mis en œuvre, répond à des étapes différentes qui doivent être franchies et qui nécessitent une maturation spécifique à chaque niveau. Certains processus sont à privilégier suivant l'étape à laquelle se trouve le patient.



Pré-contemplation

Au stade de pré-contemplation, le patient n'envisage pas de changer de comportement. Soit il ne voit pas le problème, soit il minimise les conséquences de son comportement. L'élévation de son niveau de conscience des conséquences négatives de son comportement pour lui-même et son entourage familial et professionnel, le développement d'une « dissonance » entre ce comportement et ses valeurs peuvent l'aider à envisager le changement, c'est-à-dire passer à l'étape de Contemplation. Prendre conscience du problème peut être anxiogène surtout si le patient ne se sent pas confiant pour y faire face. Susciter et renforcer la confiance en soi et le sentiment d'efficacité personnelle facilitent la prise de conscience.

Contemplation

Au stade de contemplation, le patient envisage le changement et doit faire face à son ambivalence. Il peut avoir du mal à trancher entre, d'une part, les effets cumulés des bénéfices de son comportement actuel et des inconvénients d'un changement, et d'autre part, avec les inconvénients de poursuivre, combinés aux avantages d'un changement.

Résoudre cette ambivalence est une étape capitale. Pour cela, le patient doit prendre une décision : s'engager vers un changement, ce qui veut dire faire le deuil des avantages de la situation actuelle. Trouver, dans les avantages à changer, des avantages similaires à ceux recherchés à travers son comportement actuel, peut faciliter la prise de décision.

Préparation

Au stade de préparation, le patient est décidé et va rechercher comment réaliser « pratiquement » son changement. S'appuyer sur des méthodes appropriées, développer les ressources et les habilités nécessaires, planifier les étapes à mettre en œuvre, vont permettre de s'engager concrètement dans l'action.

Action

Au stade d'action, le changement est engagé, le patient se rend compte des difficultés réelles et du travail nécessaire. Plus que jamais il a besoin de soutien et d'encouragements. Il affrontera en situation réelle les pièges connus. Il rencontrera des difficultés, et des ajustements sont souvent nécessaires pour y arriver.

Maintien

Au stade de maintien, il s'agit de consolider un comportement nouvellement acquis en le faisant perdurer dans le temps. Le patient doit se voir progresser, renforcer ses nouveaux comportements et changer réellement de style de vie. Il doit rester sur ses gardes, éviter un excès de confiance. Il doit être conscient des effets d'une reprise de substance et déjouer les pièges inattendus pour pérenniser les nouveaux comportements.

Rechute

Des incidents de parcours permettent de renforcer les chances de succès lorsqu'ils sont bien négociés. La rechute doit être anticipée pour deux raisons essentielles.

Tout d'abord éviter l'effet « violation de l'abstinence ». La rechute peut être vécue comme un échec, être source de mésestime et de culpabilité amenant à abandonner complètement la démarche. Si la rechute est envisagée comme une étape permettant de résoudre des problèmes encore en suspens, elle peut être perçue comme nécessaire afin de réussir le changement. Le patient pourra alors réintégrer le plus rapidement possible sa démarche de changement. Plutôt qu'une rechute, ce sera alors juste un « faux pas ».

Accomplissement

Le stade d'accomplissement reste théorique. En effet, même après des années de stabilité, le retour à un comportement antérieur est toujours possible.

LES ENTRETIENS MOTIVATIONNELS

Aspects théoriques

Définition des Entretiens Motivationnels

"Fondés en 1983 par William R. Miller, les Entretiens Motivationnels sont une approche semi-directive, centrée sur la personne, ayant pour objectif de susciter une motivation intrinsèque en explorant et en dépassant l'ambivalence au changement"

William R. Miller soignait des patients alcool-dépendants depuis de nombreuses années avec une approche d'inspiration « Rogerienne ». Essentiellement centrée sur la personne, aidant ses patients à trouver leurs motivations, à résoudre leurs ambivalences et à trouver leurs propres solutions, cette approche s'avérait particulièrement efficace.

Lors d'un séminaire en Norvège en 1983, les psychologues qu'il formait l'ont amené à expliquer pourquoi il posait telle question ou faisait tel reflet. En mettant à jour ses raisons de faire, il est apparu que Miller cherchait systématiquement à **susciter chez son patient de la motivation au changement**. Les entretiens Motivationnels sont nés. Ils seront très vite enrichis, par les apports de Stephen Rollnick.

AMBIVALENCE ET DILEMME DU CHANGEMENT

Aspects théoriques

L'ambivalence : le dilemme du changement

- Phénomène normal chez tous les humains
- Constitutif de l'addiction
- Incompatibilité entre deux situations
- Conflit entre les gains et les pertes
- Ne peut pas se résoudre à choisir
- Est inhibé par rapport au changement

L'ambivalence est un phénomène normal chez tous les être humains. L'exemple le plus typique de nos ambivalences au changement sont les bonnes résolutions, quelles soient du 1^{er} janvier ou pas, qui sont caduques dès le lendemain.

Le conte de l'âne de Buridan, philosophe du moyen âge, illustre bien les conséquences de l'ambivalence. Partagé entre son goût pour l'orge et celui du millet, incapable de choisir par où commencer, l'âne, inhibé, mourra de faim.

Partagé entre les avantages de deux situations incompatibles entre elles, un choix reviendrait à renoncer d'un côté comme de l'autre. Il s'en suit un important conflit entre gains possibles et pertes inévitables. Le conflit peut être tellement fort que la personne n'arrive pas à se résoudre à un choix définitif. Elle pourra alors osciller entre les deux situations faisant des allers retours dans l'espoir de concilier les deux, ou bien s'en trouver totalement inhibée vis-à-vis d'un changement de comportement. On comprend que résoudre l'ambivalence soit un enjeu essentiel du changement, ce qui en fait une cible privilégiée des Entretiens Motivationnels.

LA MOTIVATION

Aspects théoriques

L'essentiel en matière de Motivation

- Elle est directement corrélée au changement
- C'est un processus interpersonnel
- Elle répond aux signes d'attention
- Elle répond à l'expression d'empathie
- Elle est sensible aux interventions brèves
- Elle suffit à engendrer le changement

Nous savons que la motivation est le moteur essentiel du changement sans pouvoir toutefois en donner une seule définition qui soit satisfaisante. Le dictionnaire (Petit Robert ou Petit Larousse) définit la motivation comme « l'ensemble des forces conscientes et inconscientes qui sous-tendent un comportement ». Cette définition, tout en tenant compte de phénomènes échappant à la conscience, ne prend pas en considération les différentes étapes qui mènent au changement ni l'influence de facteurs externes.

Le Conseil des Etudes Philosophique des USA définit la motivation comme « la probabilité qu'un individu adhère, s'engage et poursuive une démarche spécifique de changement ».

Aucune de ces définitions ne rend compte des aspects interpersonnels en jeu dans la motivation. Pourtant une attitude attentive, une écoute empathique, des conseils efficaces livrés au cours d'interventions brèves peuvent suffire à susciter un changement.

La perception à la fois des avantages et des inconvénients de deux situations peut générer des motivations conflictuelles aboutissant à une ambivalence inhibitrice. Le poids donné à chacun des éléments constitutifs de ces avantages et inconvénients dépend du regard porté par la personne à un moment donné. Il s'agit d'une valeur personnelle attribuée en fonction de l'importance accordée à cet élément. Cette valeur peut changer si la personne est amenée à regarder les choses avec un autre point de vue.

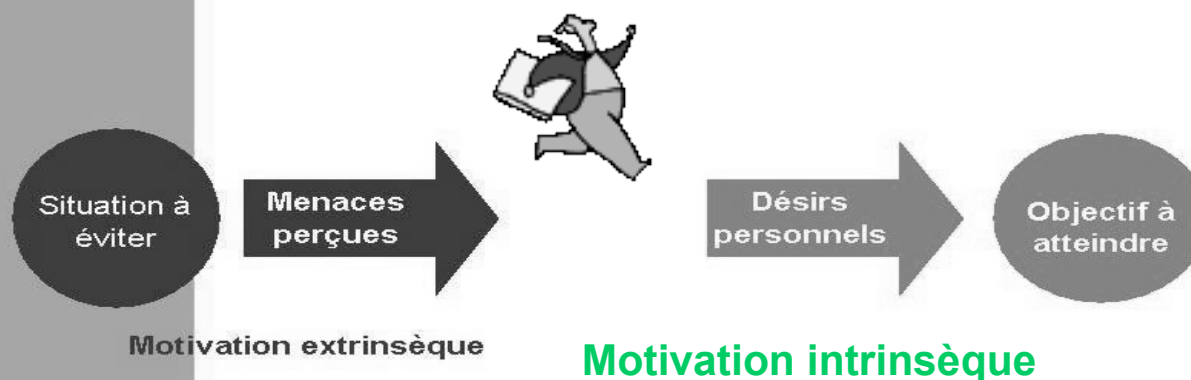
L'augmentation de la conscience des conséquences négatives actuelles et futures en dehors de tout changement, la relativisation des inconvénients perçus d'un changement, par exemple, peuvent contribuer à faire pencher la balance. Pourtant, une fois le changement en route, d'autres changements vont se produire, notamment la perception des inconvénients.

En effet, les inconvénients liés au changement et au comportement antérieur vont disparaître avec la mise en route du nouveau comportement.

Par contre, les avantages liés au comportement antérieur peuvent toujours être présents à l'esprit, en particulier si aucun avantage notable n'est perçu dans la nouvelle situation. La rechute peut s'en trouver facilitée.

Au final c'est la perception d'avantages vus globalement comme plus importants dans le changement qui vont permettre de le pérenniser. Aider le patient à retrouver des avantages dans le changement, comparables à ceux de son comportement actuel mais sans en avoir les inconvénients, peut contribuer à maintenir la balance du côté du changement.

Deux formes de Motivation



La perception d'inconvénients peut générer une envie de changement. Sur la balance nous venons de voir que cette forme de motivation peut être efficace, pourtant les résultats ne seront pas toujours durables. En effet, lorsqu'un individu demande à changer seulement pour éviter les inconvénients, le souvenir des avantages peut reprendre le dessus lorsque les inconvénients semblent loin. Cette forme de motivation, liée à la perception de menaces pour soi (santé, travail, équilibre familial, pressions externes...) amenant à fuir une situation, est une motivation extrinsèque.

Comme nous l'avons vu avec la balance, une fois à distance, si rien d'attractif n'a été trouvé, un retour en arrière est toujours possible. **La motivation que cherche à susciter les Entretiens Motivationnels est liée aux avantages perçus dans le changement.** Ces avantages constituent des **objectifs à atteindre**. Ils sont liés aux attentes, valeurs et désirs du patient. La motivation suscitée est alors qualifiée d'intrinsèque. Si la motivation extrinsèque peut servir à engendrer une demande de changement, la motivation intrinsèque va contribuer à pérenniser le changement.

LES METHODES

LES MÉTHODES DE BASE

- Poser des questions ouvertes
- Pratiquer une écoute réflexive
- Résumer
- Exprimer de l'empathie

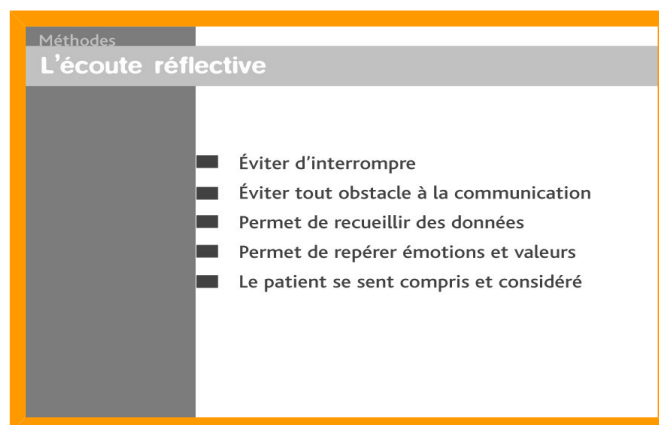
La première compétence à développer en Entretiens Motivationnels est le **questionnement ouvert**. Une question ouverte permet au patient de développer sa réponse comme il le souhaite. Au contraire, une question fermée amène des réponses courtes de type « oui » ou « non ». Poser des questions ouvertes n'est cependant pas toujours facile et nécessite un certain entraînement. Il est nécessaire au début de trouver comment convertir certaines questions fermées (par exemple : « Vous allez bien ? ») en questions ouvertes (« Comment ça se passe pour vous ? »). De plus, certaines questions peuvent sembler fermées dans leur construction alors qu'elles permettent une grande ouverture (« Voulez-vous m'en parler ? »). Parfois une simple proposition peut également fonctionner comme une question ouverte (« Parlez-moi de votre situation »).

Méthodes

Poser des questions ouvertes

- Inviter le patient à s'exprimer
- Lui laisser du champ pour s'exprimer
- Il exprimera ce qui est important pour lui
- Cela permet une écoute réflexive
- Temps de parole spontané de 2 minutes

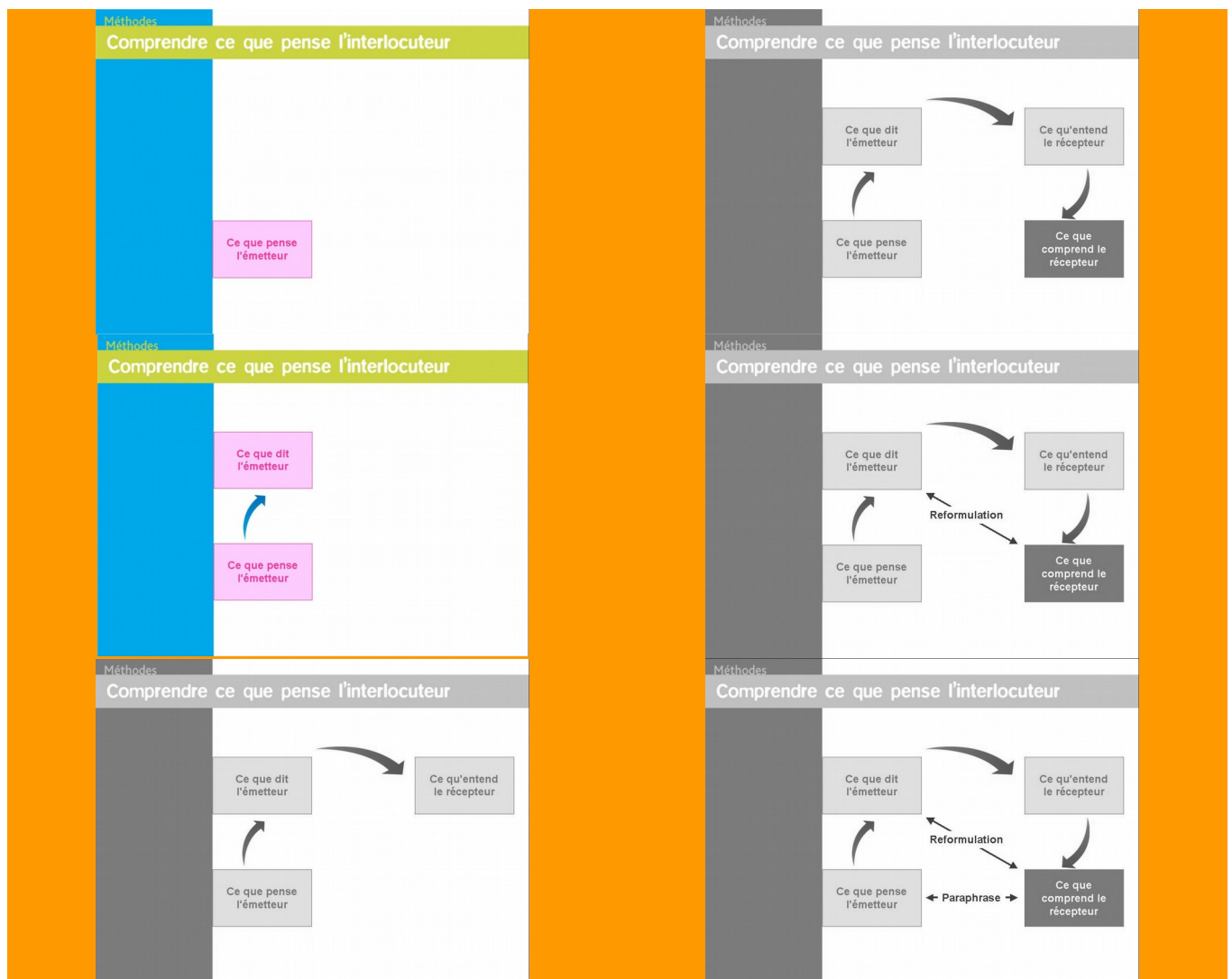
Au final, **l'objectif du questionnement ouvert est d'inviter le patient à s'exprimer librement**. Plus le champ exploré est large, plus le patient pourra s'exprimer, en fonction de ce qui est important à ses yeux. Cela permet de faciliter l'expression du patient et de mettre en œuvre une écoute réflexive qui permettra de repérer les données importantes : valeurs, ressenti, craintes, désirs, objectifs, qui pourront lui servir de levier pour le changement. En tout état de cause le médecin généraliste ne risque pas de se voir envahi en posant des questions ouvertes, étant donné le fait que la grande majorité des patients ne dépasse jamais deux minutes d'expression spontanée. Pour ceux qui sont plus loquaces, il peut être nécessaire de savoir intervenir en douceur pour reprendre la main.



L'écoute réflexive est sans doute la meilleure façon d'éviter de mettre des barrières à la communication entre soi et le patient. Thomas Gordon décrivait diverses formes de barrières que l'on peut mettre en place entre le patient et soi dans les premiers temps de la communication :

Donner des directives ou des ordres.	Poser trop de questions.
Menacer, avertir, faire peur.	Approuver, être d'accord, féliciter.
Juger, critiquer, blâmer.	Donner des conseils, des solutions.
Contrer, argumenter.	Essayer de convaincre.
Etiqueter, ridiculiser, humilier.	Analyser ou interpréter.
Eviter le sujet, faire de l'humour.	Rassurer, soutenir, sympathiser.

L'alternative à ces attitudes est une écoute réflexive. Cela évite d'interrompre le patient et de mettre des barrières à la communication. Cela permet en outre de recueillir les données essentielles dans les propos du patient sans avoir à les demander directement, en particulier ses émotions et valeurs. Les reflets et l'expression d'empathie inhérents à cette écoute, permettent de montrer au patient qu'il est entendu et compris.



Ceci est un schéma classique de communication qui montre les niveaux de pertes de sens entre ce que pense le patient, ce qu'il dit, ce qu'entend le médecin et ce qu'il comprend. Il est relativement facile de réduire les pertes entre ce qui est dit et ce qui est entendu. Il suffit pour y parvenir de créer des conditions propices (ne pas prendre d'appels, éviter les interruptions externes, tout ce qui peut parasiter l'écoute).

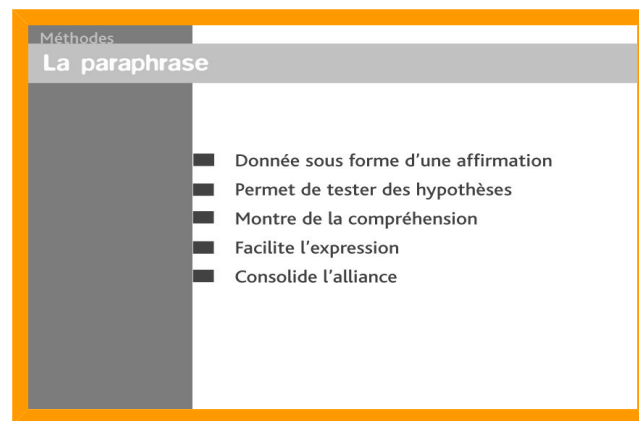
Il est également possible de vérifier si ce qui est compris est bien ce qui a été dit, par une technique de reflet bien connue comme la « reformulation ». Une reformulation est présentée au patient le plus souvent comme une question fermée (« Est-ce bien ceci que vous avez voulu dire ? ») avec une inflexion de la voix vers le haut à la fin.

Dans une écoute réflexive, il s'agit de poser le moins de questions possible, qui plus est de questions fermées. Par ailleurs, les questions déclenchent un « réflexe réponse ». Afin d'éviter d'occuper le terrain par ses propres questions, il est préférable d'amener

le reflet comme une affirmation avec une inflexion de la voix vers le bas à la fin (« Ce que vous êtes en train de me dire est ceci »).

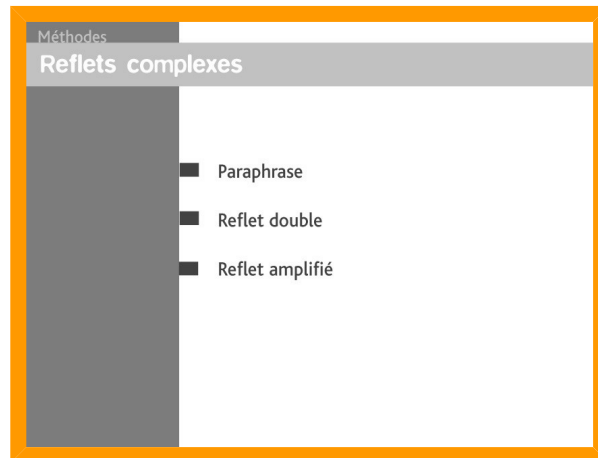
Vérifier notre compréhension de ce que dit le patient est une chose, le faire avec ce qu'il pense en est une autre. Cela nécessite une écoute fine permettant de construire une hypothèse forte sur des choses importantes non dites mais très probablement présentes à l'esprit du patient au moment où il parle. Soumettre une hypothèse sous forme d'une affirmation consiste à faire ce qu'on appelle de la « paraphrase ». Exemple : « Ma femme voit ma consommation comme un problème », « Le vrai problème pour vous est que votre femme manque de tolérance ».

Développer son habilité à faire de la paraphrase nécessite du temps et n'est pas toujours facile lors de la consultation. Essayer de pratiquer la paraphrase à chaque fois que l'occasion se présente permet d'acquérir plus rapidement ces qualités.



La paraphrase comme nous l'avons vu, est l'expression du plus haut degré de compréhension que l'on peut avoir de son patient. Elle doit être le reflet d'une hypothèse forte basée sur notre expérience du problème et des personnes. Il ne s'agit pas de jouer aux devinettes ou de faire des interprétations sauvages, mais plutôt de savoir déduire de ce qui est dit et de ce que nous savons, ce que le patient est le plus probablement en train de se dire.

La paraphrase est délivrée comme une affirmation. Elle permet tout d'abord de vérifier son hypothèse. L'erreur est toujours possible et cela permet d'apporter des précisions. Elle ne peut pas avoir de conséquences négatives tant que le médecin sait qu'il s'agit d'une hypothèse. Pour le patient, ce type de reflet, outre le fait d'ouvrir des portes à l'expression, permet de se sentir compris, de faciliter son expression et d'augmenter son niveau de conscience. Elle nourrit sa réflexion et consolide l'alliance.



La reformulation peut être considérée comme un reflet simple. La paraphrase qui ajoute du sens est un reflex complexe. Il existe d'autres reflets complexes.

Le reflet double consiste à refléter les deux côtés d'une ambivalence :

Patient : « J'ai besoin de m'éclater les week-ends, et ça, ma femme ne le comprend pas, alors ça fait des disputes ».

Reflet double :

« D'un côté c'est important pour vous de faire la fête, d'un autre côté c'est devenu une source de désaccord avec votre épouse ».

Le reflet amplifié consiste à exagérer ce qui est dit ou bien à le minimiser :

Patient : « Je me vois difficilement m'en passer ».

Reflet amplifié (exagération) :

« Continuer à utiliser des substances est ce qu'il y a de plus important pour vous ».

Patient : « Ce qu'en pense ma femme n'est pas si grave ».

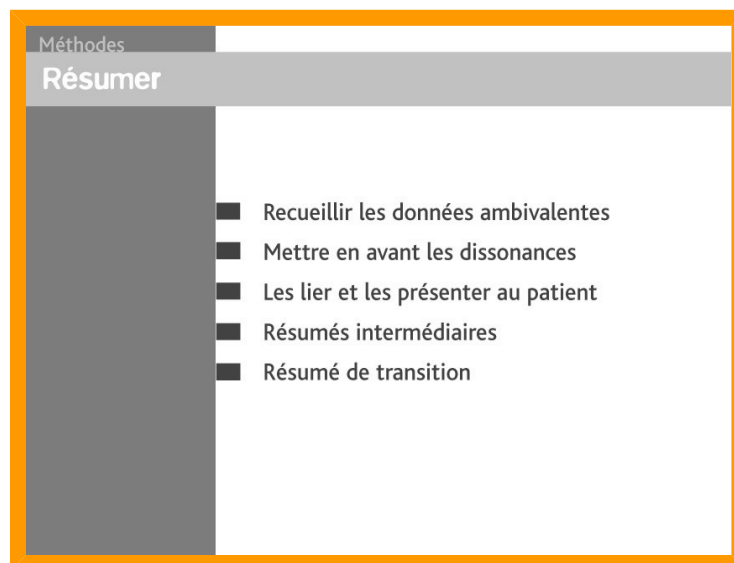
Reflet amplifié (minimisation) :

« Ce n'est vraiment pas votre souci ».



Exercice

LES TECHNIQUES COMPLEMENTAIRES



« Résumer » est un moment essentiel de l'entretien. Pour bien résumer il est nécessaire de bien recueillir les données importantes, en particulier les valeurs et émotions constitutives de l'ambivalence du patient, les avantages et inconvénients qu'il perçoit à sa situation actuelle et ceux liés au changement.

Dans le résumé, les éléments de l'ambivalence sont regroupés de manière à présenter d'un côté ceux en faveur de l'état actuel et de l'autre, ceux en faveur du changement.

Le résumé permet également de mettre l'accent sur les dissonances repérées entre les valeurs et les comportements. Une fois liés, les éléments sont présentés au patient, soit pour faire un point lorsque beaucoup de choses sont dites (il s'agit d'un résumé intermédiaire) soit pour faire une transition vers la détermination d'options possibles pour la suite avec le patient.

Méthodes

Attitudes face aux émotions

Passer outre	A	-pathie
Minimiser	ANTI	-pathie
S'identifier	SYM	-pathie
Comprendre	EM	-pathie

Face aux émotions d'un patient, plusieurs attitudes sont possibles. En terme de « dynamique » elles n'ont pas toutes les mêmes conséquences sur la relation et sur la maturation de la motivation du patient.

L'attitude empathique est celle qui est la plus à même de susciter les prises de conscience et de motivation, en particulier de générer du langage de changement. Afin de mieux comprendre ce qu'est l'empathie, il est intéressant de regarder à quoi correspondent les autres attitudes.

Le terme Em-pathie est composé d'un préfixe devant le terme « pathie » du grec « pathos » qui veut dire « souffrance ». Selon le préfixe, on pourra définir l'attitude adoptée face à la souffrance du patient.

Apathie :

Ne pas prendre en compte, passer outre la souffrance du patient peut être traduit par le préfixe privatif A-, définissant cette première attitude, l'A-pathie. Pour le patient, le médecin passe son chemin sans voir.

Antipathie :

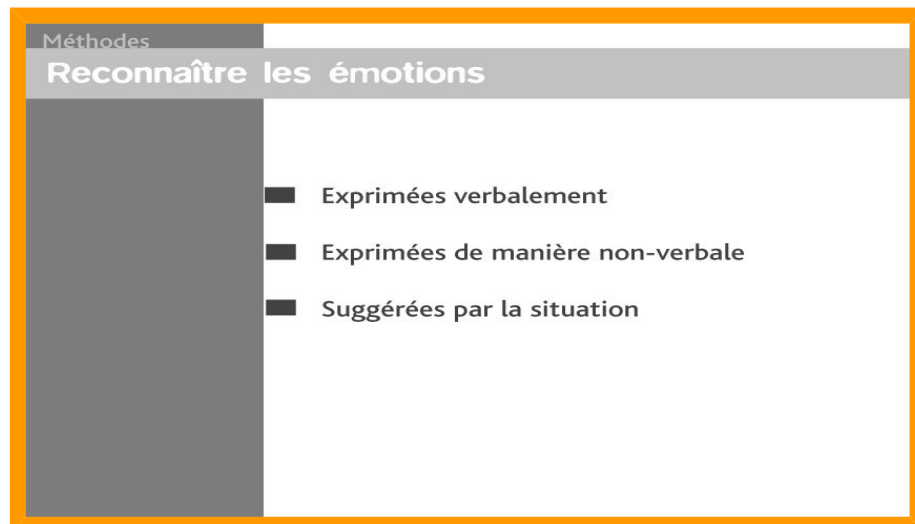
Vouloir minimiser les réactions émotionnelles du patient revient à nier leur réalité, à les contrer. C'est une attitude d'opposition traduite par le préfixe ANTI- définissant l'attitude d'ANTI-pathie. Le patient reste dans la détresse et le médecin ne le comprend pas.

Sympathie :

Parfois le médecin s'identifie à son patient, il ressent alors les mêmes émotions que lui à propos d'une situation précise. Cette attitude est traduite par le préfixe SYM- définissant l'attitude de SYM-pathie. Le médecin partage la souffrance du patient.

Empathie :

La sympathie et l'empathie sont fréquemment confondues dans la mesure où les deux attitudes témoignent d'une certaine compréhension du patient. **Etre dans l'empathie, cependant, n'est pas être dans la même émotion que le patient.** Le médecin comprend, mais sans partager les émotions et le point de vue du patient.



Afin de faire un reflet empathique des émotions du patient, il est nécessaire tout d'abord de repérer les émotions sources de souffrance. Pour cela il est important de savoir les identifier et aussi de les nommer. Les émotions le plus souvent associées à la souffrance sont essentiellement dans les registres suivants : anxiété, dépression, culpabilité, colère, révolte. Elles se caractérisent par une intensité et des conséquences comportementales inadéquates. Parfois une écoute simple peut suffire à les identifier, par exemple lorsque le patient exprime verbalement ce qu'il ressent. Il peut nommer l'émotion ou en donner une description. « J'étais angoissé », « J'avais les boules ».

Parfois il est nécessaire d'être plus attentif au non verbal qui peut être en décalage avec le verbal afin de reconnaître un état émotif. Un exemple très connu, celui de Droopy le chien dessiné par Tex Avery, qui dit « You know what ? I'm happy » et ceci, dit avec une tristesse infinie. Autre exemple possible et classique : vous croisez une connaissance et lui dites « Alors comment ça va ? » il vous répond la mort dans l'âme « Ça va ». Vous pourrez alors lui dire « Ça alors mais c'est génial » ou bien « J'entends que ça va et en même temps j'ai l'impression que ce n'est pas tout à fait le cas... ».

Parfois l'émotion semble absente, pourtant il est probable dans certaines situations qu'il y ait des réactions émotionnelles dissimulées. « Qu'est ce que vous voulez que ça me fasse qu'ils m'aient foutu à la porte du boulot et que ma femme soit partie avec les enfants, je suis solide, je m'en sortirais », « Vous devez effectivement être solide, d'autres se seraient écroulés. Si jamais cela devenait plus difficile, n'hésitez pas à venir me voir ».

Méthodes

Définition de l'empathie

*"Compréhension sans adhésion
ni jugement, des émotions et du point
de vue de l'interlocuteur"*

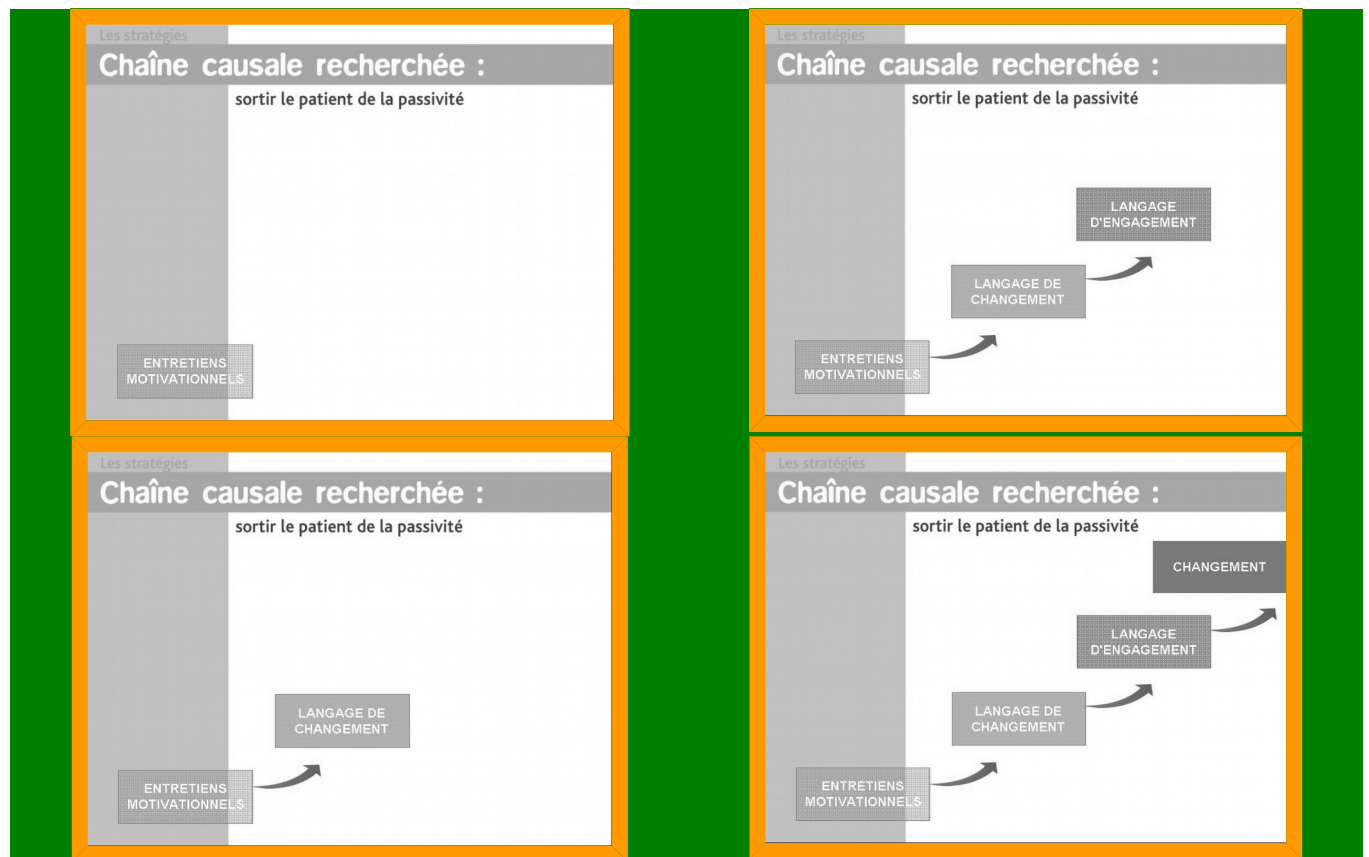


Exercice

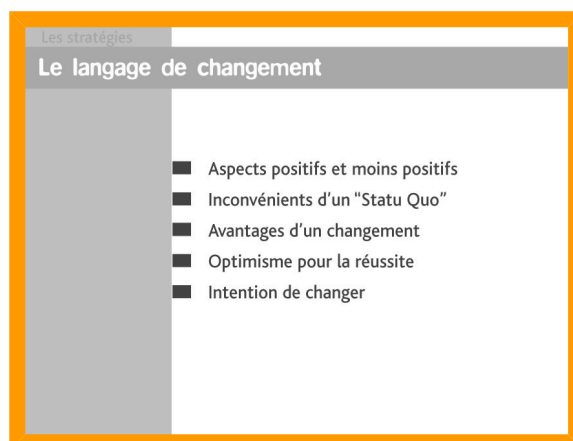
LES STRATÉGIES

LES STRATÉGIES

- Susciter du "langage de changement"
- Faire apparaître une dissonance
- Accompagner la résistance
- Renforcer le sentiment d'efficacité



La recherche montre une corrélation forte entre le langage de changement et le changement. Un objectif en matière de stratégie au cours des Entretiens Motivationnels est de susciter ce type de langage. Nous allons voir ce qu'est le langage de changement.

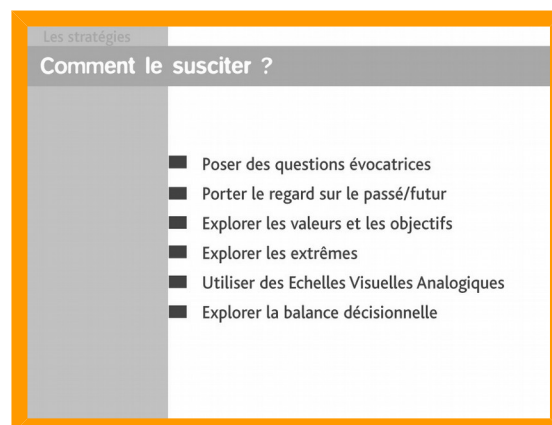


Le patient va émettre un langage de changement chaque fois qu'il évoquera les aspects positifs de sa situation actuelle et les aspects moins positifs, qu'il évoquera les inconvénients immédiats et à plus long terme d'un « statu quo », qu'il évoquera les

avantages d'un changement, qu'il parlera de son désir de changer, des raisons de ce changement et de la nécessité de le faire.

Le langage de changement c'est aussi quand le patient commence à évoquer une aptitude au changement, quand il montre de l'optimisme pour la réussite. Le langage de changement mène là un langage d'engagement, l'expression directe d'une intention de changer aussi minime soit-elle au départ.

Mais comment susciter ce langage de changement ?



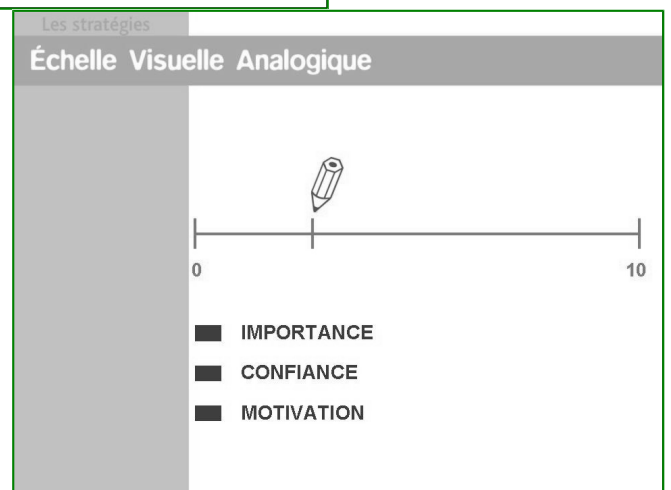
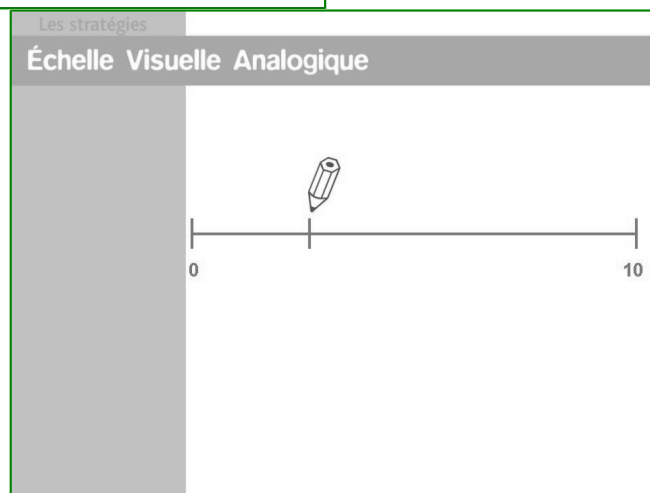
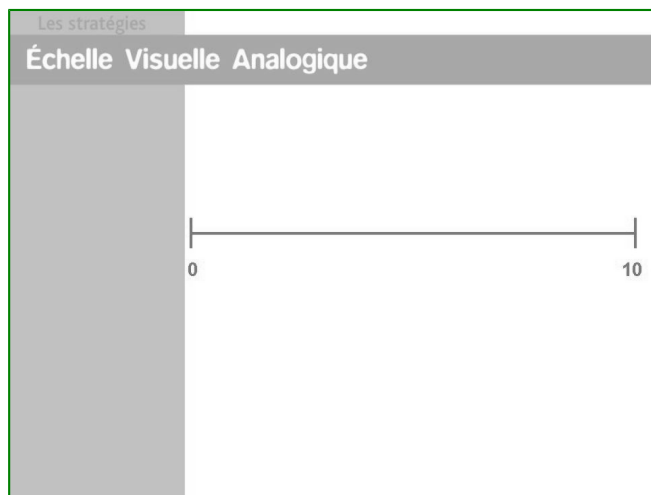
Afin de susciter un langage de changement, plusieurs techniques sont possibles : apprendre à poser des questions ouvertes qui évoquent certains aspects du comportement, « Quels sont les bons côtés ? », « Voyez-vous de moins bons côtés ? ».

Les questions évocatrices peuvent explorer les inconvénients d'un « statu quo » en explorant l'avenir : « Comment voyez-vous les choses d'ici cinq ans ? », ou le passé « Comment ça se passait avant qu'elle ne vous fasse tous ces reproches ? ». Elles peuvent également explorer les valeurs et les objectifs :

« Quelles sont les choses vraiment importantes pour vous ? », « Qu'est-ce que vous aimeriez pouvoir réaliser ? », ainsi que les extrêmes : « Quel serait le pire scénario ? », « Dans l'idéal ça se passerait comment ? ».

L'utilisation des Echelles Visuelles Analogiques peut s'avérer un outil précieux. Nous verrons comment exploiter cet outil en Entretiens Motivationnels.

Explorer la balance décisionnelle permet également de susciter du langage de changement. Cela peut se faire par l'intermédiaire d'un tableau à quatre entrées.



Les Echelles visuelles Analogiques (EVA) permettent en particulier d'explorer trois thèmes en Entretien Motivationnels.

Il est proposé au patient de s'auto-évaluer sur une échelle de 0 à 10 en ce qui concerne sa motivation à changer :



L'importance qu'il accorde au changement.



La confiance qu'il a pour réussir le changement.

Le médecin peut alors explorer les points suivants, en particulier si les notes sont faibles, dans cet ordre :



« Qu'est ce qui vous fait donner cette note plutôt qu'un zéro ? ».



« Qu'est ce qui vous permettrait d'augmenter cette note d'un point ? ».

L'importance que peut avoir un changement de comportement pour le patient est souvent corrélée à la confiance qu'il a de le réaliser. Aider un patient à augmenter sa confiance va lui permettre d'augmenter l'importance du changement à ses yeux.

The screenshot shows a digital interface for a decision balance scale. At the top, there's a tab labeled 'Les stratégies'. Below it, the title 'Balance décisionnelle' is displayed. The main area contains a table with two main columns: 'Statu quo' and 'Changement'. Each of these columns is further divided into two sub-columns, 'A' and 'I'. The 'A' sub-columns are for advantages and the 'I' sub-columns are for disadvantages. There are five rows for each side, each starting with a minus sign (-) in the 'A' column. At the bottom of each main column, there is a row labeled 'Bilan :'. The entire interface is framed by an orange border.

Statu quo		Changement	
A	I	A	I
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
Bilan :		Bilan :	

Construire une balance décisionnelle va aider le patient à avoir une vision plus claire des éléments qui constituent son ambivalence au changement. Ces éléments peuvent être chacun notés de 0 à 10 par le patient, ce qui permet d'avoir une meilleure appréciation des items les plus importants pour lui. Cela permet également de faire un bilan entre « statu quo » et changement. Le médecin va également pouvoir mieux comprendre en posant, quand il le faut, des questions ouvertes sur les attentes et les craintes du patient. Il va pouvoir également, par questionnement, aider le patient à réévaluer le poids relatif des différents éléments et rechercher des éléments nouveaux susceptibles de faire pencher la balance :

« Quelles sont les craintes que vous éprouvez par rapport à ce changement ? ».

« Qu'est ce qui ferait pencher la balance définitivement vers le changement ? ».
« Qu'est ce qui pourrait faciliter le changement ? », etc...

Les stratégies

La dissonance

- Ecart entre comportements et valeurs
- Importance de l'écart parfois mal perçue
- La perception augmente la motivation
- Repérer les éléments dissonants
- Les présenter sous forme de questions

La dissonance est l'écart qui existe entre le comportement et les valeurs du patient. Le patient ne perçoit pas toujours l'importance de cet écart. Cette perception lorsqu'elle vient du patient contribue à augmenter sa motivation à changer. Afin de l'aider à mieux percevoir cet écart le médecin doit d'abord repérer les éléments dissonants. Par exemple, une défonce les week-ends qui l'empêche d'être disponible comme il le voudrait pour ses enfants.

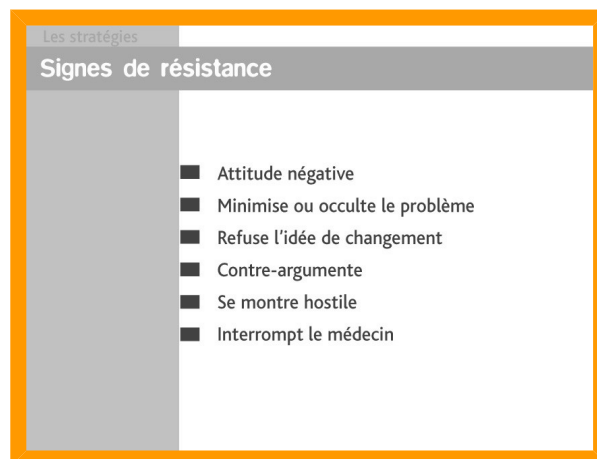
Une fois repérés, ces éléments sont présentés au patient un peu comme une énigme à résoudre : « Comment faites-vous pour concilier votre désir d'être plus présent pour vos enfants avec les défonces du week-end ? ».



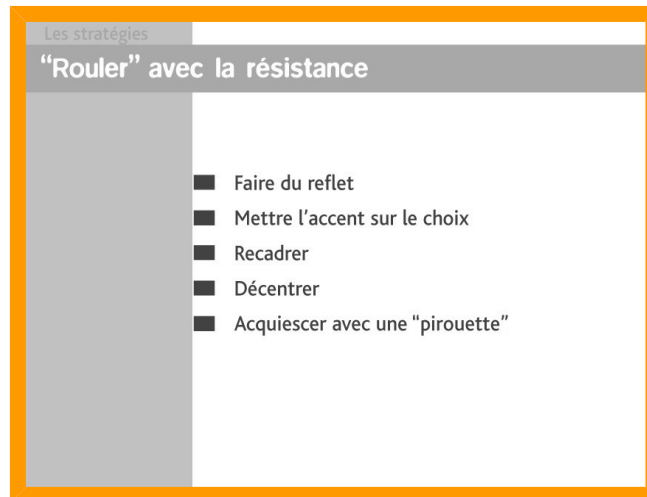
Exercice



La résistance est un comportement reconnaissable chez le patient. Contrairement à une idée reçue, elle n'est pas liée à la personnalité du patient. Au contraire, elle est corrélée au style du médecin. En effet, des études ont pu montrer qu'à chaque fois que le médecin emploie un style « confrontationnel » il augmente la résistance du patient. En revanche, un style « motivationnel » permet de réduire cette résistance et d'établir une coopération. Le style confrontationnel consiste à réprimander, juger, faire prendre conscience (« Ne voyez-vous pas ? »), dire ce qu'il faut faire, etc. Il s'agit donc d'un phénomène interpersonnel, sujet à variation en fonction du style adopté par le médecin. La résistance empêche le changement tant qu'elle est présente mais n'influence en rien l'issue finale. Plus un patient est résistant au départ plus le style « motivationnel » sera efficace.



Voici une liste non exhaustive de signes qui témoignent d'une résistance. La résistance doit être perçue comme un signal témoignant du mal être du patient et permettant au médecin de réajuster son style. Le médecin doit proposer sans imposer, inviter sans regarder, et établir clairement que la responsabilité du choix appartient au patient. Il utilisera certaines techniques pour « rouler » avec la résistance.

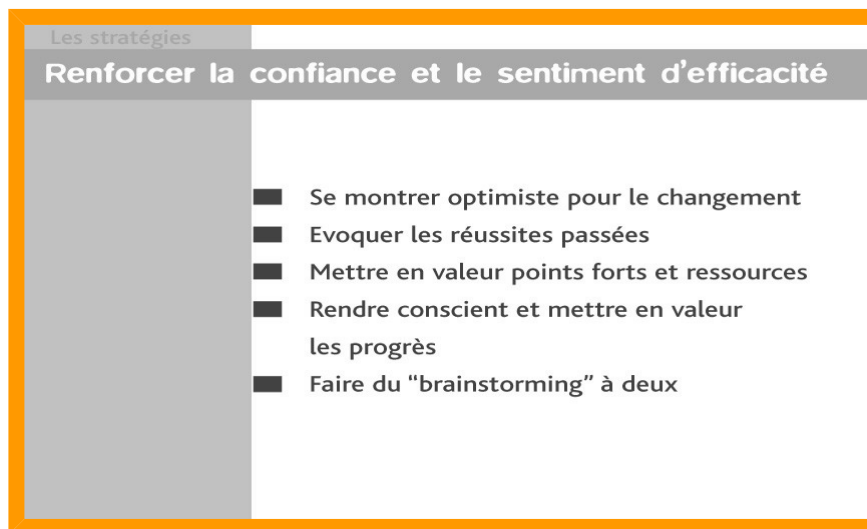


L'utilisation du reflet est une technique de choix pour gérer la résistance. Le médecin peut aussi mettre l'accent sur le fait qu'il n'est pas là pour imposer mais que le choix est du ressort du patient.

Le recadrage consiste à donner une autre signification à un évènement. Savoir recadrer peut à la fois permettre de gérer la résistance et apporter en plus une autre vision des choses. « Il faut me prescrire plus de calmants, ceux que je prends ne me calment plus »
⇒ « Il est légitime de vouloir calmer cette anxiété et je vais répondre à cette demande, en même temps si les calmants que vous prenez sont devenus inefficaces, c'est que votre corps s'y est habitué et augmenter les doses pourrait justement aggraver l'anxiété ».

Le décentrage permet de repousser l'urgence d'un choix, d'une décision et de poursuivre l'entretien plus calmement, « Dites-le, vous pensez que je devrais arrêter c'est ça ? », « Ce choix vous appartient, peut-être déciderez-vous de ne rien changer, nous verrons ça plus tard, je vous propose pour l'instant de prendre le temps et de faire le point ».

Acquiescer avec une « pirouette » permet d'éviter de dire non et de contrer tout en amenant malgré tout un autre point de vue ou un recadrage. « Il faut augmenter les doses de calmants, ceux que je prends ne me calment plus », « Vous avez raison, effectivement il arrive que l'on puisse s'habituer à ce type de médicament, il cesse d'être efficace et augmenter les doses pourrait alors aggraver l'anxiété ».



Il est souvent nécessaire d'aider le patient à reprendre confiance et à développer un sentiment d'efficacité personnelle afin de promouvoir un changement. Voici quelques exemples de moyens d'y parvenir :

- Croire sincèrement en son patient est sans doute la meilleure façon de l'aider à prendre confiance en lui. Il suffit de montrer son optimisme pour la réussite du changement. « Je sais que ce n'est pas une chose facile, en même temps je sais que vous pouvez y arriver ».
- Parfois, évoquer les réussites passées permet au patient de reprendre confiance. « Vous avez réussi cet examen alors que d'autres ont échoué, dites-moi comment vous avez fait ».
- Le médecin va souligner les points forts et ressources du patient qui pourront contribuer à sa réussite, « Vous avez dit pouvoir être obstiné, c'est une qualité qu'on retrouve souvent chez des gens qui réussissent. Comment pourriez-vous vous en servir pour changer ? ».
- Un patient progresse souvent lentement et ne se rend pas compte des progrès accomplis. Il mesure souvent le chemin restant au détriment de celui accompli. Il est important de lui en faire prendre conscience et de mettre en valeur ces progrès : « Comment c'était il y a à peine six mois ? », « Quand on fait le point sur votre situation actuelle, vous avez quand même parcouru beaucoup de chemin, et ce travail vous ne le devez qu'à vous-même ».
- Travailler à deux sur la résolution de problèmes en faisant du « brainstorming » permet au médecin de valoriser les apports du patient : « Voyons ensemble les solutions que nous pouvons imaginer... ».

Cette liste est loin d'être limitative, de nombreuses autres méthodes existent. C'est souvent la situation qui nous suggérera comment faire pour renforcer confiance et sentiment d'efficacité chez le patient.



Regarder les vidéos

Conclusion

Les Entretiens Motivationnels ont été largement validés pour leur efficacité à promouvoir le changement de comportement, en particulier dans le domaine des addictions. Ils représentent l'expression d'un "état d'esprit". Les techniques et les outils utilisés en sont le prolongement naturel.