

L'efficacité de l'Entretien Motivationnel – EM

Par Christophe de Neckere (mars 2010)

Comme le soulignent Arkowitz et Miller (2008)¹, à l'heure actuelle plus d'une centaine d'études cliniques randomisées sur l'EM ont été publiées, amenant des preuves solides quant à l'efficacité de l'approche dans la prise en charge des difficultés de changement. Il ressort de ces études que si l'EM ne fonctionne pas à tout coup, et que si son efficacité a varié en fonction des études, des lieux, des intervenants, des types de problématique et des patients, il n'en reste pas moins qu'un grand nombre de celles-ci montre significativement un plus grand changement de comportement chez des personnes ayant bénéficié de l'EM comparativement à d'autres n'en ayant pas bénéficié. En ce sens, l'EM a montré son efficacité avec un large panel de problématiques, de populations, d'intervenants et de territoires. Soulignons également, comme le fait Nef (2006), que l'EM et ses dérivés ont été validés dans le traitement des problématiques de boisson ainsi que dans d'autres problèmes de santé tels que, par exemple, le diabète, l'hypertension, les comportements à risque pour le sida². Ces études montrent également que, par comparaison à des interventions de type éducationnel, didactique ou persuasif, davantage de changements de comportements tendent à apparaître dans les cas où l'EM est utilisé.

Allant plus loin, il nous semble intéressant de souligner qu'Hettema, Steele et Miller (2005)³ ont constaté dans une étude sur l'application de l'EM à différents types de problématiques que, lorsque celui-ci était ajouté à un autre traitement, l'effet obtenu se maintenait davantage dans le temps. Il semblerait donc dans ce cas, selon Arkowitz et Miller (2008), que l'adjonction de l'EM à d'autres méthodes de traitement entraîne « un effet de synergie »⁴, chacune des méthodes renforçant l'impact de l'autre.

¹ Arkowitz & Miller (2008) in Arkowitz & al. (Eds.). (2008).

² Nef (2006).

³ Hettema & al. (2005) in Arkowitz & al. (Eds.). (2008).

⁴ Arkowitz, & Miller (2008) in Arkowitz & al. (Eds.). (2008), p. 14. Traduction de « a synergistic effect ».

L'Entretien Motivationnel – EM n'est pas

Par Christophe de Neckere (mars 2010)

- une astuce, ni une série de « trucs » pour faire faire aux gens ce qu'on voudrait qu'ils fassent

Miller et Rollnick insistent tout particulièrement sur le fait que l'EM ne peut se résumer à un ensemble de techniques. En effet, selon ceux-ci, l'EM « n'est pas quelque chose qu'on fait aux gens » mais « plutôt une façon d'être pour et avec eux — une approche pour faciliter la communication qui fait émerger un changement naturel »¹ et donc certainement pas un ensemble de recettes pour pousser les gens à faire des choses contre leur envie. Il est donc important de replacer l'EM dans l'esprit qui est le sien et qui réside dans la collaboration, l'évocation et l'autonomie, s'opposant en cela à une vision confrontante, éducative et autoritaire. Sans cet esprit, les auteurs insistent sur le fait qu'il est possible pour un praticien d'utiliser les méthodes de l'EM mais que cela ne serait néanmoins pas de l'EM.

- une technique ou une procédure spécifique

L'EM est une méthode clinique au sein de laquelle les aspects techniques sont au service de l'esprit de l'approche. Les « outils » (tel que la balance décisionnelle, les règles d'importance ou de confiance, ...) ne sont pas en soi de l'EM.

- fondé sur le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente

Beaucoup de gens ont tendance à penser que l'EM est directement dérivé, voire même est une application, du modèle transthéorique du changement de comportement (MTC) de Prochaska et DiClemente (1994). Cette confusion est compréhensible car de tous les modèles théoriques de changement de comportements malsains ou d'adoption et de promotion de comportements sains coexistant dans la littérature, « la théorie la plus connue en la matière est le MTC »². Cependant comme le font remarquer Arkowitz et Miller (2008), même s'il y a des similarités entre l'EM et le MTC, ceux-ci ont néanmoins été développés indépendamment. En ce sens, les deux modèles affirment que les gens approchent le changement avec différents niveaux de motivation, que certains processus sont spécifiques selon le stade de changement auquel la personne se trouve (on pensera dans l'EM aux stratégies spécifiques de la phase deux). Les deux modèles suggèrent également que s'il y a une discordance entre l'intervenant et le patient, le changement sera compromis et le patient apparaîtra comme non compliant ou résistant. Dans le MTC, cette discordance se situera entre les interventions thérapeutiques et le stade de changement auquel se trouve le patient, dans l'EM cela renvoie à la dissonance dans la relation d'aide. Dans les deux modèles l'ambivalence est considérée comme normale, celle-ci étant, par exemple, associée au stade de contemplation dans le MTC. Pour finir, nous ajouterons que le MTC présente plusieurs faiblesses mais que malgré tout il « reste très populaire parmi les cliniciens, sans doute du fait de sa validité de façade et de sa simplicité »³.

¹ Rollnick et Miller (1995) ; Sobell et Sobell (1993) cités par Miller et Rollnick (2006), p. 31.

² Nef (2006), p. 36.

³ Nef (2006), p. 38.

- une balance décisionnelle

Beaucoup de soignants confondent souvent le fait de réaliser une balance décisionnelle plus ou moins approfondie (évaluation des coûts et des bénéfices d'un changement) avec la pratique de l'EM. En réalité, dans le cadre de la pratique de l'EM, la recherche formelle des « pour » et des « contre » n'est ni essentielle ni fondamentale. Il est même conceptuellement contre-indiqué de rechercher routinièrement les « contre ».

- de la restitution d'évaluation (assessment feedback)

Cette confusion peut émerger car dans le projet MATCH la branche MET associait de l'EM et de la restitution d'évaluation. L'EM n'est pas de la restitution d'évaluation et il est tout a fait possible de se passer de celle-ci au sein de l'EM. On peut cependant noter que la restitution d'évaluation semblerait pouvoir surtout servir chez les gens qui seraient dans le stade de « contemplation ».

- une forme de psychothérapie

Un premier élément de réponse réside dans le nom même de l'approche qui indique que « son intention affichée est de se focaliser sur les batailles liées à la motivation, les questions sur le changement pour lesquelles une personne n'est pas clairement déterminée et volontaire, ou est ambivalente »⁴. Partant du fait que le « but central de l'EM est d'augmenter la motivation intrinsèque⁵ au changement »⁶, un deuxième élément réside dans la conception de cette dimension au sein de l'approche : « la motivation est, de multiples façons, à considérer comme un processus interpersonnel, le produit d'une interaction entre personnes. ». En ce sens, « la motivation au changement est non seulement influencée par le contexte interpersonnel, mais elle peut également naître de celle-ci ». Cette vision de la motivation, associée à la conceptualisation bien définie du concept de résistance qui en découle partiellement, positionne l'EM comme « une approche pour faciliter la communication »⁷ inscrivant, selon nous, celle-ci dans l'acquisition d'un savoir-faire relationnel. En d'autres termes, « l'EM est davantage une façon d'être avec les gens qu'une autre "école" de thérapie »⁸, ce qu'est, par contre, par exemple, la thérapie cognitivo-comportementale.

- de la thérapie centrée sur le client

On retrouve clairement l'héritage de Carl Rogers et de ses collègues dans l'accent mis sur la compréhension à la fois du cadre de référence interne du patient et de ses inquiétudes actuelles ainsi que de l'inadéquation entre ses comportements et ses valeurs. En outre, dans les deux approches le thérapeute crée les conditions pour que le patient puisse se développer et changer par une attitude empathique et une perception positive inconditionnelle du patient. Ainsi, l'entretien motivationnel peut être vu comme « une thérapie centrée sur le client avec un twist »⁹ en ce sens que l'EM a des objectifs bien précis qui sont la réduction de

⁴ Miller et Rollnick (2006), p. 41.

⁵ Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, en regard de la théorie de l'auto-détermination, un terme plus adéquat serait « motivation autonome ».

⁶ Arkowitz, & Miller (2008) in Arkowitz & al. (Eds.). (2008).

⁷ Rollnick et Miller (1995) ; Sobell et Sobell (1993) cités par Miller et Rollnick (2006), p. 31

⁸ Arkowitz, & Miller (2008) in Arkowitz & al. (Eds.). (2008), p.11. Traduction de « MI is more of way of being with people than it is another "school" of therapy ».

⁹ Traduction de l'expression anglaise « client-centered therapy with a twist » citée par Arkowitz et Miller dans Arkowitz & al. (Eds.).(2008), p. 4.

l'ambivalence, qui est considérée comme naturelle face à toute perspective de changement, et l'augmentation de la motivation intrinsèque au changement. L'EM est donc à la fois centré sur le client mais également directif. Dans cette optique, un thérapeute utilisant l'EM créera une atmosphère au sein de laquelle le client devient l'avocat principal du changement tout autant qu'il en est l'acteur fondamental.

- facile

Si l'approche de l'EM n'est pas très compliquée à comprendre, l'intégration de tous les savoirs-faire propre à celle-ci est très complexe. C'est d'ailleurs pour cette raison que l'on commence toujours dans le décours du processus d'apprentissage par insister sur l'esprit soulignant cette approche (collaboration, évocation, autonomie). C'est pour cette raison qu'il est également indispensable de pratiquer, de s'entraîner et de faire des supervisions à la suite d'une formation. En fait, c'est un peu comme apprendre le piano ou le tennis... Après un stage de deux jours, vous connaîtrez la bonne manière de pratiquer mais sans pratique vous ne saurez jamais jouer correctement.

- ce que vous faisiez déjà

Il arrive très souvent au sein des formations en EM que des personnes reconnaissent leur pratique au sein de l'EM. De fait, faire émerger la motivation au changement des patients et la façon de les soutenir tout en les guidant sur cette voie n'est pas une idée nouvelle. Cependant, d'expériences, nous remarquons également que le doute s'installe lors de la mise en exercice et du travail sur les situations cliniques car lors de celles-ci les spécificités de l'EM émergent.

- une panacée

*Si l'EM peut être associé avec profit (voir efficacité de l'Entretien Motivationnel) à de nombreuses autres pratiques, il n'est pas pour autant LA solution à toutes les problématiques. En ce sens, l'EM est inutile ou déplacé dans certaines situations : quand il n'y a pas ou plus d'ambivalence, quand il n'entre pas dans la fonction de l'intervenant d'influencer le résultat ou quand l'intervenant a un intérêt dans le choix du client. »¹⁰. Par ailleurs, si l'approche de l'EM est « spécifiquement conçu pour aider les gens à sortir de leur immobilité, à quitter leur ambivalence passée pour adopter un nouveau comportement plus « positif » »¹¹. Il va de soi que la définition de « positif » a bien sûr des connotations idéologiques évidentes, c'est pourquoi le livre de Miller et Rollnick (2006) comporte un chapitre entier ayant comme titre : *Réflexions sur l'éthique.**

¹⁰ Miller et Rollnick (2006), p.44.

¹¹ Miller et Rollnick (2006), p. 45.