



**D<sup>r</sup> Jean-Marc Assaad** / Psychologue

Jean-Marc Assaad est psychologue clinicien et directeur des services de prévention et de formation à PsyMontréal. Il est également conférencier et formateur en collaboration avec M. Kayser.



**John W. Kayser** / Infirmier

John William Kayser est un des formateurs du réseau d'entrevue motivationnelle, formé par le D<sup>r</sup> William Miller, l'un des fondateurs de cette approche.



**D<sup>re</sup> Leanna J. Zozula** / Psychologue

La D<sup>re</sup> Leanna Zozula est psychologue clinicienne et directrice de la clinique PsyMontréal.



**Marie-Claude Gélinau** / Nutritionniste

Marie-Claude Gélinau est diététiste-nutritionniste. Elle travaille actuellement à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

# L'entrevue motivationnelle

## Lorsque nos clients ne suivent pas nos consignes de traitement

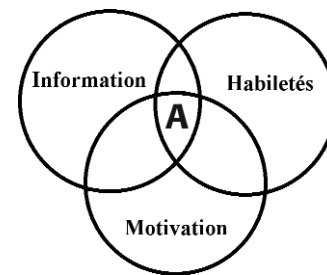
Les principales causes de décès recensées par Statistique Canada, notamment les maladies chroniques comme le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires, sont en grande partie attribuables aux *comportements* et, par conséquent, évitables. En effet, nombre de travaux de recherche confirment le rôle de certains facteurs de risque modifiables liés aux habitudes de vie, comme le tabagisme, la sédentarité et une alimentation malsaine (Ford *et al.*, 2009).

Selon une enquête Ipsos Read (2009), 61 % des Canadiens ont exprimé le désir d'être plus actif, 53 %, d'améliorer leur alimentation et 72 % des fumeurs voudraient cesser ou réduire leur consommation. On connaît donc les mesures à prendre... mais on ne les applique pas toujours. Ce problème ne se limite pas seulement à la prévention des maladies, puisqu'on relève également une non-adhésion aux consignes de traitement chez 50 % à 75 % des clients (Wertheimer et Santella, 2003).

### \_UN CADRE DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le modèle IHM (figure 1) permet d'illustrer ce phénomène des clients qui ne suivent pas nos « conseils ». Dans ce modèle, trois conditions sont nécessaires pour modifier un comportement en matière de santé : l'**Information**, les **Habilités** et la **Motivation** (Osborn et Egede, 2010). Si un client possède déjà l'information et les habiletés requises, mais n'adopte pas nos conseils, il faut alors travailler à augmenter sa motivation.

FIGURE 1. LE MODÈLE IHM



A = Adhésion aux comportements santé

### L'entrevue motivationnelle : une intervention pour augmenter la motivation

Lorsque le manque de motivation représente un obstacle à suivre nos conseils de changements de comportements de santé, l'entrevue motivationnelle, aussi appelé entretien motivationnel (EM), constitue la méthode de choix pour le surmonter. L'EM se définit comme « une méthode de communication, directive et centrée sur le client, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » (Miller et Rollnick, 2002).

### \_DONNÉES EMPIRIQUES

En mars 2010, les bases de données Ovid Medline et PsycINFO répertoriaient plus de 1 300 citations au sujet de l'EM. Les méta-analyses, articles de synthèse et études empiriques démontrent l'effet positif et statistiquement significatif de l'EM sur plusieurs comportements de santé, dont l'alimentation, l'activité physique, l'abandon du tabac et l'adhésion au traitement (Hovington et

Assaad, 2009; Hettema, 2005). Les données démontrent aussi que ces changements de comportements mènent à des changements biologiques, telle la réduction du poids, du cholestérol et de la tension artérielle.

## \_COMMENT FONCTIONNE L'EM?

Les études montrent que l'EM comporte deux composants actifs spécifiques, soit 1) un composant technique axé sur le fait de susciter et renforcer ce qu'on appelle le « discours-changement » chez le client; et 2) un composant relationnel fondé sur l'empathie et l'esprit de collaboration (Miller et Rose, 2009).

### 1. Composant technique : l'EM influe sur le discours-changement

L'EM permet de renforcer la motivation du client par l'exploration et la résolution de l'*ambivalence*. L'*ambivalence* comporte quatre dimensions : les avantages et les inconvénients associés au changement, les avantages et les inconvénients associés au statu quo. Examinons, par exemple, une feuille de travail sur l'*ambivalence* typique pour un client qui désire être plus actif physiquement (voir le tableau 1).

Les énoncés figurant dans les colonnes 2 et 3 correspondent aux facteurs de motivation. C'est le « discours-changement ». Ce dernier se rapporte aux arguments qui expriment le désir de changement. Les énoncés figurant dans les colonnes 1 et 4

correspondent aux obstacles au changement. Ce discours en faveur du statu quo exprime la résistance.

Le composant technique qui vise à influencer le discours du client s'appuie sur l'esprit, les principes et les stratégies de l'EM (décrits plus loin). Plus précisément, l'objectif est de : 1) augmenter le discours-changement en amenant le client à verbaliser des arguments favorables au changement, tant et si bien qu'il deviendra son propre motivateur, et 2) diminuer la résistance en cherchant spécifiquement à réduire la verbalisation des avantages du statu quo et des inconvénients du changement.

### 2. Composant relationnel : l'esprit de l'EM

L'esprit se rapporte à une manière *d'être* avec le client qui comporte trois dimensions : la collaboration, l'évocation et l'autonomie. Moyers, Martin, Manuel, Hendrickson et Miller (2005) ont montré que le degré de fidélité à cet esprit était un prédicteur de discours-changement et de résultats positifs chez le client. Une EM dénuée de cet esprit perd toute efficacité.

#### La collaboration

La collaboration implique l'établissement d'un partenariat entre thérapeute et client. Elle sous-entend une rencontre entre experts : le thérapeute, spécialiste dans son domaine, et le client, spécialiste de ses propres expériences de vie, de ses réussites et de ses difficultés.

TABLEAU 1. EXEMPLE DE FEUILLE DE TRAVAIL SUR L'AMBIVALENCE À L'ÉGARD DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

STATU QUO		CHANGEMENT	
Maintenir mon mode de vie sédentaire		Commencer dès cette semaine à faire 30 minutes d'exercices cardiovasculaires, trois fois par semaine	
<b>1. AVANTAGES</b> Pouvoir consacrer plus de temps aux activités de loisir (télé, restaurant, cinéma).	<b>2. INCONVÉNIENTS</b> Avoir moins de concentration et d'énergie mentale pour être efficace au travail. Me fatiguer rapidement.	<b>3. AVANTAGES</b> Sentir un regain d'énergie : :: pour jouer avec les enfants; :: pour être efficace au travail. Réduire/faire disparaître les malaises et douleurs physiques. Avoir une meilleure gestion du stress. Être plus heureux. Perdre du poids.	<b>4. INCONVÉNIENTS</b> Disposer de moins de temps pour : :: travailler; :: jouer avec les enfants; :: regarder la télé; :: aller au cinéma. Ne pas éprouver de plaisir.

### L'évocation

C'est le client, plutôt que le thérapeute, qui présente les arguments du changement. Le rôle du thérapeute consiste donc à amener le client à exprimer de lui-même ses motivations, ses solutions, ses buts, ses valeurs et sa volonté de changement.

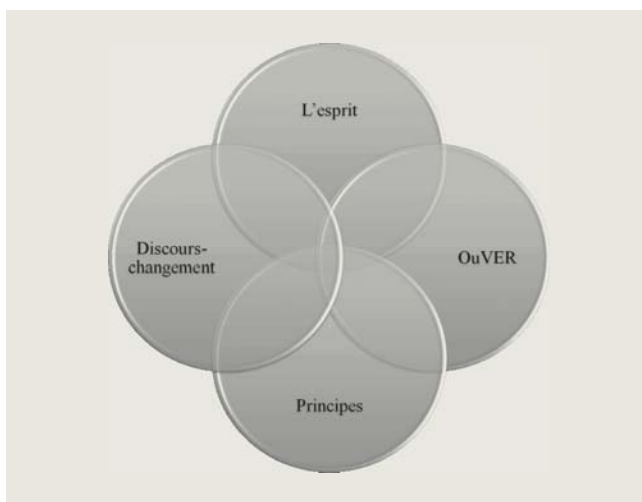
### L'autonomie

Le thérapeute présente des pistes d'action pour accomplir les changements souhaités, tout en affirmant le droit et la capacité du client de choisir celles qu'il veut suivre et le moment où il le fera. Étant donné le caractère néanmoins directif de l'EM, il ne faut pas confondre cette approche avec une attitude de laissez-faire. En effet, dans le cadre de la méthode caractéristique de l'EM, le respect de l'autonomie suppose deux choses : 1) le choix du client est une *décision éclairée*; 2) son ambivalence a déjà fait l'objet d'une exploration axée sur une résolution propice à une modification du comportement. Paradoxalement, le respect de l'autonomie a pour effet d'augmenter les chances d'obtenir des changements positifs.

## \_LES PRINCIPES ET STRATÉGIES DE L'EM

Venant s'ajouter à l'esprit de l'EM, deux autres éléments sont essentiels : les principes et stratégies de l'EM. Ces éléments ne sont pas exclusifs à l'EM. Toutefois, ce qui donne à l'EM son caractère unique et si efficace, c'est la façon dont on combine ces éléments dans le but précis d'explorer et de résoudre l'ambivalence, en faisant ressortir de manière sélective le discours-changement et en le renforçant.

FIGURE 2. LE CARACTÈRE UNIQUE DE L'EM – L'AGENCEMENT DE 1) L'ESPRIT, 2) LES PRINCIPES, 3) LES STRATÉGIES OuVER ET 4) LE BUT DE SUSCITER LE DISCOURS DE CHANGEMENT



## \_PRINCIPES DE L'EM

L'EM repose sur quatre principes généraux.

### 1. Faire preuve d'empathie

Il s'agit d'un principe fondamental, indissociable des approches de counseling centrées sur le client telles que l'EM. Entre autres, l'empathie renvoie le message qu'il est normal d'éprouver de l'ambivalence à l'idée de modifier ses habitudes. Ce principe repose sur l'écoute empathique, selon les premières méthodes proposées par Carl Rogers.

### 2. Développer les divergences

L'EM se distingue des approches classiques centrées sur le client en ce qu'elle est directive. Elle permet au client de se confronter lui-même à l'écart qui sépare ses comportements de ses valeurs et objectifs personnels. Son but est d'amplifier la perception de cette divergence afin d'amener le client à vaincre l'inertie qui favorise le statu quo.

### 3. Éviter les argumentations/rouler avec la résistance

La troisième loi de Newton (à toute action correspond une réaction égale et de direction opposée) s'applique aussi bien à l'univers interpersonnel de la relation thérapeutique qu'au monde physique. En effet, le fait pour un client de résister au changement provoque parfois chez le thérapeute le « réflexe correcteur » : essayer de convaincre le client qu'il a un problème, persuader par le raisonnement, fournir des arguments favorables au changement ou proposer des changements à apporter. Tout indique que ces réactions sont contreproductives (Miller, Benefield et Tonigan, 1993). Voilà pourquoi l'EM vise à « réorienter » les arguments du client et à transformer la résistance en un nouvel élan propice au changement.

### 4. Nourrir le sentiment d'efficacité personnelle

Le sentiment d'efficacité personnelle se rapporte à notre foi en notre capacité d'accomplir une tâche donnée. Parallèlement, les attentes du thérapeute concernant la réussite du client exercent une influence qui relève de l'effet de prophétie autoréalisatrice. Par conséquent, la foi inébranlable du thérapeute dans le potentiel actuel et futur de son client est fondamentale dans toute démarche d'EM.

## \_STRATÉGIES DE L'EM

Quatre stratégies sont nécessaires, en combinaison avec l'esprit de l'EM, pour atteindre les buts découlant des quatre principes énoncés ci-dessous et pour susciter le discours-changement : poser des questions **Ou**vertes; **V**aloriser (affirmer les forces); **É**coute réflexive; et **R**ésumer (ou récapituler). Ces stratégies sont réunies sous l'acronyme OuVER.

### 1. Poser des questions ouvertes

Les questions ouvertes servent à explorer l'ambivalence et à faire émerger le discours changement. Par exemple, une question comme « Si vous décidiez aujourd'hui de faire plus d'activité physique, quelles sont les meilleures choses qui pourraient se produire? » suscitera des réponses classées dans la troisième colonne de l'équilibre décisionnel (avantages du changement).

### 2. Écoute réflexive

À la différence des approches non directives, l'usage de reflets en EM a pour but de susciter et renforcer le discours-changement de manière sélective. Cette stratégie donne au client l'occasion d'entendre son propre discours-changement une seconde fois, ce qui en amplifie l'effet. L'écoute réflexive est aussi une stratégie utile pour répondre aux résistances et permet d'éviter l'argumentation, tout en satisfaisant le besoin qu'éprouve le client d'être écouté et compris. Elle renforce la relation thérapeutique et augmente les chances que le client exprime son désir de changer.

### 3. Valoriser

La valorisation ressemble de près aux énoncés d'écoute réflexive en ce qu'elle renvoie une interprétation du sens donné au discours du client. La différence réside dans leur contenu, c'est-à-dire qu'elles sont axées sur les forces et les efforts du client.

### 4. Résumer

À quelques reprises pendant l'entretien, le professionnel résume certains énoncés du client sur le changement, ce qui donne à ce dernier l'occasion de les entendre une troisième fois, la première fois correspondant à l'énonciation initiale par le client et la deuxième à la reformulation par le thérapeute.

## \_UN EXEMPLE DE L'INTÉGRATION DE L'EM DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ QUÉBÉCOIS

Les médecins souhaitent que leurs patients adoptent des comportements de santé. Malheureusement, ils disposent de peu de temps et, bien que les patients soient sensibles aux recommandations de leur médecin, celles-ci tombent souvent dans l'oubli entre deux visites. Les centres d'éducation pour la santé ont donc été créés afin d'épauler les médecins et donner suite à leurs interventions sur les saines habitudes de vie. Ce service unique et gratuit axé sur la motivation est offert dans les centres de santé et de services sociaux de Montréal. Les médecins y envoient leurs patients afin que l'intervenant les guide dans la résolution de leur ambivalence et favorise leur engagement vers le changement de leurs habitudes de vie grâce à l'EM.

Parce qu'elle peut être utilisée dans une multitude de champs de pratique, qu'elle est démontrée efficace et qualifiée d'intervention brève, cette approche suscite de plus en plus d'intérêt de la part des professionnels de la santé. D'ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux, conscient de l'importance de soutenir la pratique de counselling chez les cliniciens de première ligne, entend rendre disponible une offre de soutien à l'intégration des principes de l'EM aux différentes régions du Québec.

### Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur l'EM, visitez :

[www.motivationalinterview.org](http://www.motivationalinterview.org)

[www.santepub-mtl.qc.ca](http://www.santepub-mtl.qc.ca)

[www.PsyMontreal.com](http://www.PsyMontreal.com)

## \_Bibliographie

Ford, E.S., Bergmann, M.M., Kroger, J., *et al.* (2009). Healthy Living Is the Best Revenge: Findings From the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam Study. *Archives of Internal Medicine*, 69, 1355-1362.

Hettema, J., *et al.* (2005). Motivational Interviewing. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, vol. 1, p. 91-111.

Hovington, J. & Assaad, J.-M. (2009). Survol des écrits sur l'entrevue motivationnelle dans le domaine des habitudes de vie. Tiré de : *Le système de prévention clinique*. Montréal, Québec: Services préventifs en milieu clinique de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Ipsos Reid. (2009). Most (85%) Canadians Believe They Live a Healthy Lifestyle. Toronto, Ontario.

Miller, W.R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.

Miller, W.R. and Rose, G.S. (2009). Toward a Theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist*, 64, 527-537.

Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., *et al.* (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 19-26.

Osborn, C.Y. and Egede, L.E. (2010). Validation of an Information-Motivation-Behavioral Skills model of diabetes self-care (IMB-DSC). *Patient Education and Counseling*, 79, 49-54.

Wertheimer, A.I. & Santella, T.M. (2003). Medication compliance research: still so far to go. *Journal of Applied Research in Clinical and Experimental Therapeutics*, 3, 254-261.