Chapitre 26

Addiction et entretien motivationnel : l'entretien motivationnel, un outil pour rencontrer autrement les alcooliques aux urgences

B. Gillain

1. Introduction

L'alcool, sa consommation, ses conséquences physiques (accidents, maladies, etc.), psychiques (dépression, démence, etc.), relationnelles (ruptures, violence, etc.) sont des problèmes majeurs, récurrents aux urgences. L'alcool provoque des réactions multiples, souvent hostiles, de rejet chez les soignants en lien avec un vif sentiment d'impuissance : « on ne peut rien faire ».

La dépendance alcoolique est une affection grave, fréquente, tenace, dont le pronostic de changement de comportement est perçu comme faible.

Deux auteurs, Miller et Rollnick, ont développé une stratégie, « l'entretien motivationnel » (1) à partir de la prise en charge de patients alcooliques. C'est une approche qui permet des changements substantiels et dont la pertinence est confirmée par son application, avec succès, pour d'autres pathologies (2-8).

2. Entretien motivationnel

Le « motivational interviewing », ou entretien motivationnel, est une approche « evidence based » reposant sur « le traitement centré sur le sujet » qui s'efforce de surmonter les difficultés qui empêchent bon nombre de gens d'apporter des changements productifs dans leur vie. Il repose sur l'idée que les gens ont en eux

Correspondance : 10, avenue Hippocrate, 1200 Bruxelles, Belgique. Tél. : 02/764.21.17. Fax : 02/764.16.35. E-mail : benoit.gillain@stluc.ucl.ac.be - Urg. Psy@clin.ucl.ac.be

le potentiel de changer, beaucoup de changements se produisent d'ailleurs sans aide extérieure.

2.1. Motivation

La motivation au changement est une condition fondamentale. Il ne s'agit pas ici de « tout ou rien », mais de quelque chose qui peut être construit ou neutralisé. La motivation est surtout très sensible à des facteurs interpersonnels.

Il existe trois dimensions dans la motivation et elles interagissent ensemble : « vouloir », « pouvoir » et « être prêt à changer ».

2.1.1. « Vouloir », ou l'importance du changement

Le souhait ou le désir de changement est lié à l'importance de ce changement. D'une part, les gens sont généralement motivés pour quelque chose, et il importe d'identifier pour quoi. La bonne question est : « Qu'est-ce qui motive cette personne ? » La réponse est éminemment individuelle. Si on parvient à l'identifier, on a fait un pas important dans la direction du changement. D'autre part, la motivation est aussi liée à la discordance entre la situation actuelle et les objectifs et valeurs auxquels on aspire pour l'avenir. S'il n'y a pas de discordance entre les deux, il n'y a pas de moteur pour changer.

2.1.2. « Pouvoir », ou le taux d'autonomie

La foi du patient dans sa capacité à résoudre le problème est un prédicteur important du changement. De même, la foi du soignant dans le patient est importante.

2.1.3. « Être prêt à changer »

Cela dépend des priorités d'une personne et il se peut qu'une personne veuille changer et qu'elle s'en sente compétente mais qu'elle ait d'autres priorités et que le moment du changement ne soit pas encore venu.

2.2. Facteurs qui suscitent ou entravent le changement

2.2.1. Réponses paradoxales

Une augmentation des conséquences négatives ne conduira pas automatiquement à l'arrêt du comportement problématique mais donnera lieu parfois paradoxalement à une accentuation du comportement problématique. La théorie de la « reactance law » prédit une augmentation du comportement problématique si la personne perçoit une atteinte à sa liberté personnelle.

2.2.2. Empowerment

La motivation à changer est plutôt une question d'« empowerment », c'est-à-dire le fait de coupler le changement à quelque chose de réellement important pour la personne en question et pour les valeurs intrinsèques qui comptent pour elle.

2.2.3. Balance décisionnelle

Une personne éprouve des motivations contradictoires car une décision comporte tant des avantages que des inconvénients. Le changement va avoir lieu si les coûts de la situation actuelle et les avantages du changement pèsent plus lourd dans la balance que les coûts du changement et les avantages de la situation actuelle. Ceci ne signifie pas pour autant que les personnes qui ne changent pas ne sont pas conscientes de la balance ou, si elles en sont conscientes, que le changement se produira systématiquement sur la base d'une décision rationnelle.

2.3. Comment motiver quelqu'un ?

Si l'on considère la motivation comme un processus interpersonnel, elle est alors le produit de la communication entre des personnes. Dès lors, la motivation n'est pas seulement intrinsèque, elle peut aussi être influencée ; même en cas de motivation minime, un contexte interpersonnel pourra permettre qu'elle se développe.

Explorer et accroître la motivation à changer constituent des tâches très importantes dans la relation avec le patient. C'est le patient qui doit donner les arguments en faveur du changement. Il importe de suivre le patient d'une manière souple, sans argument, ni « batailler » avec lui.

Il faut développer la discordance ; sans discordance, il n'y a pas de changement possible. Plus la discordance sera grande, plus il y aura de chance que le changement se produise. Lorsqu'un comportement entre en conflit avec une valeur intrinsèque importante, dans la majorité des cas, le comportement change.

Le changement est favorisé par le mode de communication et en mettant en lumière les raisons et les avantages personnels du changement. Les sujets suivant sont alors abordés :

– les inconvénients de la situation actuelle,
– les avantages du changement,
– l'espoir et la confiance dans la capacité de la personne à changer,
– l'intention de changer.

2.4. Quatre principes

2.4.1. Faire preuve d'empathie

Le soignant s'efforce de comprendre les sentiments et les perspectives du patient sans les juger, les critiquer ou les désapprouver. Il accepte et respecte le patient en tant que personne et consolide le sentiment d'estime de soi du patient, sans pour autant devoir être d'accord avec lui.

L'ambivalence est acceptée, c'est une facette du comportement humain. Le patient est considéré comme quelqu'un d'« enlisé » du fait de processus psychologiques compréhensibles, et non comme pathologique et incompétente.

2.4.2. Développer la discordance

La méthode est axée sur le développement d'une discordance, c'est-à-dire le fait d'identifier et de clarifier de manière directive les objectifs personnels du patient concernant sa vie et son traitement en mettant en évidence la différence entre sa situation actuelle et celle qu'il voudrait connaître.

2.4.3. Aller dans le sens de la résistance

Gérer la résistance consiste à pratiquer une sorte de judo psychologique. La résistance peut être restructurée de telle sorte qu'elle va fournir l'énergie nécessaire au changement. Elle est naturelle et le soignant ne doit pas imposer son opinion, il offre plutôt de nouvelles perspectives. La résistance est comme un signal avertissant qu'il faut changer d'approche et, de cette manière, on évite d'argumenter. Le patient est la source de la découverte de réponses et de solutions à nourrir le sentiment d'efficacité personnelle.

La foi en sa propre capacité à réaliser et à mener à bien des tâches spécifiques est un élément clé et prédit un bon résultat. Les attentes du soignant jouent aussi un rôle important en tant que prophéties « s'auto-exerçant ».

2.5. Concrètement

2.5.1. Écoute réflective

L'écoute réflective est une des aptitudes majeures pour l'entretien motivationnel. Écouter avec attention et donner au patient le sentiment qu'il est compris contribuent à conscientiser davantage le processus.

Il est important que le patient vérifie s'il a tout bien compris. L'écoute réflective peut être très directive, à savoir que l'on peut renforcer certaines choses et donner moins d'importance à d'autres, ce qui ponctue d'une certaine manière le propos du patient.

2.5.2. Questions ouvertes

Les questions ouvertes sont des questions qui ne requièrent pas une réponse par « oui » ou par « non ». Il s'agit de questions qui encouragent et invitent le patient à réfléchir dans un climat de confiance. Les questions ouvertes sont importantes dans la construction de la relation et pour stimuler la confiance en soi.

2.5.3. Résumer

Le fait de résumer renforce les propos du patient et l'encourage à continuer. Ces récapitulations permettent aussi de faire entendre au patient ce qui est important pour lui.

2.5.4. Susciter un discours sur le changement

Il s'agit d'une attitude directive destinée à amener le patient à fournir lui-même les arguments en faveur du changement. Le soignant facilite ce processus et fait en sorte que le patient parvienne à formuler les inconvénients de la situation actuelle et les avantages du changement.

2.5.5. Exprimer de l'optimisme sur le changement

En parlant de la situation de vie au quotidien, on peut faire émerger les préoccupations actuelles, soutenant les facteurs de changement à partir d'objectifs accessibles.

2.5.6. Explorer les objectifs et les valeurs

On essaie de se représenter en quoi la situation actuelle ne concorde pas avec les objectifs et valeurs du patient.

On ne doit pas s'employer à solutionner les problèmes ni prescrire les solutions, mais plutôt donner une chance au patient d'explorer la situation pour lui-même et à son niveau. Construire la motivation est impossible si le patient est acculé à jouer un rôle passif.

2.5.7. Éviter d'étiqueter

La définition du problème « alcoolisme » ou, pire, « alcoolique » s'accompagne d'une stigmatisation et peut devenir l'expression d'une lutte sous-jacente pour déterminer qui détient le pouvoir et l'expertise. Il faut éviter de se concentrer prématurément sur ce que le soignant considère comme important et qui le serait moins au regard du patient. Examiner ce qu'il considère comme problématique conduira tôt au tard à la reconnaissance du problème. Il est important de consacrer suffisamment de temps à écouter les préoccupations du patient, non seulement pour comprendre la personne mais aussi pour construire une relation permettant d'aborder d'autres points.

2.5.8. Réponse à la résistance

La résistance ne peut pas être imputée au patient, mais plutôt à l'interaction entre soignant et patient ; la résistance, on peut y faire quelque chose. Il s'agit plutôt d'un signal que la personne n'est pas d'accord, il faut alors en tenir compte et s'y adapter.

2.5.9. Réponses réflectives

Le reflet simple est la reconnaissance d'un désaccord ce qui peut parfois permettre la poursuite de l'exploration.

Une autre façon de refléter a pour objet de neutraliser la dissonance en déplaçant l'attention sur autre chose que le problème pour pouvoir contourner les obstacles au lieu de les affronter de face.

Le recadrage est une façon de reconnaître la valeur des observations de la personne mais lui donne une nouvelle signification. L'information donnée par le patient est placée sous un nouvel éclairage, plus orienté vers le changement.

On peut aussi être d'accord avec le patient, en déformant légèrement ses propos, ou bien se ranger du côté de la résistance ; il s'agira alors d'une sorte de paradoxe thérapeutique qui est une forme de reflet amplifié. Il nécessite d'être particulièrement attentif à l'atmosphère de respect et de confiance pour être utilisé.

2.5.10. Considérer les échecs comme des tentatives

L'échec n'est pas honteux, plutôt une tentative louable en soi. Il constitue une étape indispensable, même si elle n'était pas orientée dans la bonne direction. Expliquer un échec en faisant référence à des caractéristiques personnelles stables n'est pas indiqué et occulte l'importance des facteurs externes.

2.6. Formation

La mise en œuvre dans l'activité journalière de l'entretien motivationnel nécessite une formation spécifique. Comme il s'agit d'un « savoir faire » et aussi d'un changement dans le « savoir être » des soignants, cet apprentissage se fait par un processus. L'idéal est une assimilation de la théorie, suivie d'applications pratiques (jeux de rôles, supervisions, ...), puis d'une évaluation de la méthode et rappels à distance de l'apprentissage initial.

3. Conclusion

L'entretien motivationnel n'est certes pas une formule miracle permettant de résoudre une fois pour toutes les problèmes de l'alcoolisme. C'est cependant une méthode efficace, démontrée, qui permet un changement d'attitude chez le patient en le rendant acteur du changement, ne subissant plus autant son mal, et chez le soignant en le débarrassant de son sentiment d'impuissance, source de déception et d'épuisement professionnels.

Il s'agit bien plus que de prendre beaucoup de temps en plus, de développer une autre atmosphère, faisant de la rencontre une chance plutôt qu'un rendez-vous raté.

Cette façon de se comporter ne s'adresse pas qu'aux problèmes de dépendance. Le champ d'application s'étend particulièrement aux affections chroniques, psychiques et médicales (8).

Références bibliographiques

1. Miller WR, Rollinck S. Motivational Interviewing, second edition. Preparing people for change. New York, London : The Guildord Press ; 2002.
2. Butler CC, Rollnick S, Cohen D, et al. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomised trial. Br J Gen Pract 1999 ; 49 : 611-6.
3. Carey MP, Braaten LS, Maistro SA, et al. Using information, motivational enhancement, and skills training to reduce the risk of HIV infection for low-income urban women: a second randomised clinical trial. Health Psy 2000 ; 19 (1) : 3-11.
4. Colby SM, Monti PM, Barnett NP, et al. Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. J Consul Clin Psy 1998 ; 66 (3) : 574-8.
5. Cramer J, Mattson E, Prevey M, et al. How often is medication taken as prescribed? J Am Med Assoc 1989 ; 261 (22) : 3273-7.
6. Dempsey R. Using motivational interviewing techniques in a prison setting and in the community with a partner. In : Mann RE, ed., Motivational interviewing with sex offenders: a practice manual. Hull, UK : National Organisation for the Treatment of Abusers ; 1996. p. 30-5.
7. DiClemente CC, Story M, Murray K. On a roll: the process of initiation and cessation of problem gambling among adolescents. J Gambling Studies 2000 ; 16 (2/3) : 289-313.
8. Emmons KM, Rollnick S. Motivational interviewing in health care settings: opportunities and limitations. Am J Prevent Med 2001 ; 20 (1) : 68-74.