



Article professionnel

Article

2024

Accepted version

Open Access

This is an author manuscript post-peer-reviewing (accepted version) of the original publication. The layout of the published version may differ .

L'entretien motivationnel. Son histoire, son évolution et ses liens avec l'éducation thérapeutique du patient

Gache, Pascal; Sommer, Johanna Maria

How to cite

GACHE, Pascal, SOMMER, Johanna Maria. L'entretien motivationnel. Son histoire, son évolution et ses liens avec l'éducation thérapeutique du patient. In: Éducation thérapeutique du patient, 2024, vol. 15, n° 2, p. 20302. doi: 10.1051/tpe/2024007

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:175998>

Publication DOI: [10.1051/tpe/2024007](https://doi.org/10.1051/tpe/2024007)

L'entretien motivationnel

Son histoire, son évolution et ses liens avec l'éducation thérapeutique du patient

Motivational interviewing.

Its history, evolution, and links with therapeutic patient education

Pascal Gache

Groupement Romand d'Études des Addictions (GREAA).

3 Rue Saint-Pierre

1003 Lausanne

Suisse

Johanna Sommer

Institut Universitaire de Médecine de la famille et de l'Enfant

Université de Genève

1 rue Michel Servet

1211 Genève 4

Suisse

Adresse pour correspondance :

Pascal GACHE

pascal.gache@gmail.com

tel mobile : 00 41 79 102 78 49

fax : 00 41 22 329 07 94

Résumé : Changer de comportement pour améliorer sa santé est devenu un enjeu de santé publique. L'entretien motivationnel (EM) est une approche relationnelle issue de la psychologie rogérianne et éprouvée scientifiquement. Son but est d'augmenter la motivation des patients à engager un changement utile à leur santé. L'EM a montré son efficacité dans de nombreux domaines tels que les addictions, les maladies chroniques, le monde pénitentiaire, la pédagogie ou encore les performances sportives. Sa pratique requiert une expertise elle-même initiée par une formation spécifique. L'EM a de nombreuses similarités avec l'éducation thérapeutique du patient (ETP) non seulement dans ses fondements théoriques mais également dans sa pratique. Empathie, renforcement de l'autonomie, regard positif sur les compétences et le devenir des patients, espoir partagé... appartiennent aussi bien à l'EM qu'à l'ETP. Ainsi, EM et ETP sont complémentaires et permettent, lorsqu'ils sont pratiqués en commun, d'améliorer l'efficacité des programmes d'ETP notamment en augmentant la motivation des patients à s'engager et à persévérer dans ces programmes. Des formations conjointes en EM et ETP devraient être utilement proposées aux soignants garantissant aux patients une prise en charge optimale de leurs difficultés dans une collaboration efficace.

Mots-Clés : Entretien Motivationnel, Éducation Thérapeutique du Patient, Alliance thérapeutique, Changement

Abstract: Changing behavior to improve health has become a public health issue. Motivational interviewing (MI) is a scientifically proven relational approach derived from Rogerian psychology. Its aim is to increase patients' motivation to undertake a change that will benefit their health. MI has proven its effectiveness in a wide range of fields, including addiction, chronic illness, prison, education, and sports

performance. Its practice requires an expertise that is itself initiated by specific training. MI has many similarities with therapeutic patient education (TPE), not only in its theoretical foundations but also in its practice. Empathy, empowerment, a positive outlook on patients' skills and future, shared hope... belong to both MI and TPE. Thus, MI and TPE are complementary and, when practiced together, can improve the effectiveness of TPE programs, notably by increasing patients' motivation to commit to and remain in these programs. Joint training courses in MI and TPE should be offered to caregivers, to ensure that patients' difficulties are dealt with as effectively as possible.

Motivational Interviewing, Therapeutic Patient Education, Therapeutic Alliance, Change

*“On se persuade mieux, pour l’ordinaire,
par les raisons qu’on a soi-même trouvées,
que par celles qui sont venues dans l’esprit des autres”*

Blaise PASCAL, Pensées (1670)

Le contexte

La motivation est au cœur de l’accompagnement des patients qui doivent vivre avec une maladie chronique. Ici, il n’est plus question de diagnostic, mais de maintien de la santé pour garder un équilibre nécessaire à la stabilisation de l’évolution de la maladie. Tout soignant a observé que la motivation, énergie mobilisable pour mener à bien une action, est de nature variable, tantôt élevée, tantôt basse. Ses fluctuations n’apparaissent pas forcément rationnelles et, par exemple, l’évolution péjorative d’une maladie ne suffit pas toujours à déclencher suffisamment de motivation pour provoquer un changement salutaire sur le plan de la santé. La motivation est décrite comme extrinsèque lorsqu’elle est alimentée par des facteurs externes ou comme intrinsèque lorsqu’elle prend racine au cœur du sujet (1). De nombreuses théories ont cherché à comprendre son essence, Fenouillet en recense 101 (2). Il propose un modèle intégratif qui rassemble les composantes essentielles des différentes théories (Figure 1 : modèle intégratif de la motivation d’après M Fenouillet, (2)). Il insiste sur l’enchaînement des mécanismes amenant au but et divise la motivation en primaire et secondaire auxquelles il ajoute sept ensembles conceptuels (2). L’entretien motivationnel fait partie des approches relationnelles qui, comme l’ETP, cherchent à stimuler et entretenir les motivations des patients à prendre soin d’eux-mêmes en

mettant en place les changements nécessaires à leur bonne santé ou tout au moins à enrayer les conséquences délétères d'une maladie chronique.

Un peu d'histoire de l'entretien motivationnel : de l'intuition à la validation

Au début des années quatre-vingt, William Miller, psychologue travaillant dans le champ des addictions, se demande ce qui aide les patients à changer et ce qui ne les aide pas. En réfléchissant à sa pratique, en écoutant et analysant plusieurs dizaines d'entretiens puis en confrontant ses observations au corpus scientifique du moment, il construit un modèle dans lequel il intègre des pratiques de psychologie humaniste développées par Carl Rogers telles que l'accueil inconditionnel, l'empathie, la congruence, des références aux théories cognitivistes et enfin des intuitions personnelles nées de sa pratique clinique. Notamment, il émet l'idée que le changement s'appuie avant tout sur les propres déclarations d'auto-motivation de la personne (qui s'appelleront plus tard le Discours Changement) plutôt que sur les arguments de persuasion d'un professionnel de santé. Il estime, en revanche, que celui-ci est en mesure de faire émerger, par des interventions appropriées, les motivations propres de son interlocuteur. Il appelle ce modèle l'entretien motivationnel et publie un premier article en 1983 qui en décrit les fondements (3). L'approche motivationnelle se définit ainsi assez simplement : « *L'Entretien Motivationnel est une conversation autour du changement, ayant pour but de renforcer la motivation et l'engagement au changement de votre interlocuteur.* » (4). La simplicité de la définition pourrait laisser penser que sa mise en application est facile mais ce n'est pas le cas (5). En effet, la pratique de l'Entretien Motivationnel (EM) est aussi difficile que séduisante et aussi exigeante qu'enthousiasmante.

Les principales références conceptuelles de l'EM sont issues des théories cognitivistes comme la réactance de Brehm (6) – tout être humain a le réflexe d'échapper à la contrainte ; l'estime de soi de Bandura (7) – chacun est d'autant plus capable d'engager un changement qu'il a confiance en lui pour le faire ; la dissonance cognitive de Festinger (8) – nos comportements sont généralement reliés à nos valeurs et, lorsqu'un de nos comportements vient heurter l'une d'elles, nous avons tendance à résoudre cette dissonance en changeant de comportement ou en abandonnant tout ou partie de la valeur. En tout état de cause, l'EM s'attache à trouver, en toute circonstance, des raisons d'optimisme et de confiance dans la capacité de l'autre à changer, en accueillant inconditionnellement qui il est, en respectant toujours sa liberté, en cherchant sa collaboration, en stimulant son pouvoir d'agir. Ainsi pratiqué, l'EM n'est jamais une manipulation qui ne dirait pas son nom (4).

Évaluation et évolution

Conçu initialement à partir d'une pratique empirique, l'EM s'est constitué progressivement comme une approche aux bases scientifiques éprouvées. Plus de 2000 études contrôlées ont permis d'appréhender précisément ses contours (9). Les très nombreuses méta-analyses et revues systématiques confirment l'efficacité de l'EM dans de nombreux champs (10,11,12), avec une intensité s'échelonnant de faible à moyenne. Dans environ 75% des cas, les études ont montré un intérêt de l'EM par rapport à d'autres méthodes testées. Élément important : l'EM est d'autant plus efficace qu'il est intégré à une autre méthode (par exemple en ajout des TCC ou de l'ETP) (9).

Depuis la naissance et la diffusion de l'EM, plusieurs découvertes ont émergé et permis d'expliquer ses ressorts internes de fonctionnement. En 2003, Paul Amrhein,

un linguiste, a publié un important article dans lequel il démontrait que la nature du discours de nos patients était à même de prédire le changement (13). Il a isolé le Discours-Changement - tout ce que nos patients disent en faveur du changement, et le Discours-Maintien - tout ce que nos patients disent en faveur du maintien du comportement. Il a observé, en suivant ses patients pendant une année, qu'il y avait un lien de proportionnalité entre la quantité de Discours-Changement émis par le patient et la probabilité qu'il change et que, à l'inverse aussi, la probabilité de ne pas changer était directement liée à la quantité de Discours-Maintien produit par le patient. Moyers a renchéri deux ans plus tard en confirmant cette découverte et en l'assortissant d'un corollaire fondamental, à savoir que la nature des interventions des professionnels de santé était à même d'augmenter la quantité de Discours-Changement produit par les patients (14). Autrement dit, un professionnel de santé attentif à faire émerger du Discours-Changement chez ses patients augmentera la production de celui-ci et, par voie de conséquence, fera croire la probabilité qu'il change.

Puis, plusieurs travaux ont mis au jour les processus internes au cœur de la pratique de l'EM en définissant une composante relationnelle et une composante technique (15). La composante relationnelle fait appel aux attitudes qui favorisent l'alliance thérapeutique tandis que la composante technique met en avant le concept de la production de Discours-Changement. Un praticien de l'EM devrait, pour être efficace, développer des qualités relationnelles empathiques, valorisantes, soutenantes et dénuées de jugement ainsi qu'être à même de reconnaître le Discours-Changement, de le susciter ou encore de le renforcer. De la même manière, il devrait être techniquement capable d'atténuer le Discours-Maintien (15).

Historiquement, l'entretien motivationnel a été pensé par des spécialistes de l'addiction. Le sous-titre du premier ouvrage était « Comment aider les gens à changer leur comportement addictif ? » (16). Onze ans plus tard, la deuxième édition portait ce sous-titre : « Aider les personnes à engager le changement ? » (17). Cette évolution sémantique traduisait clairement l'ouverture de l'entretien motivationnel à des champs beaucoup plus larges que les addictions. En dehors de celles-ci, les premiers domaines testés furent bien naturellement l'obésité et le diabète de type 2, maladies chroniques et domaines centraux de l'ETP où la motivation au changement joue un grand rôle (18,19). Les résultats de l'approche motivationnelle dans ces pathologies ont évolué avec le temps et ont permis de montrer un impact positif sur la prise en charge des patients qui en souffrent.

Entretien motivationnel et éducation thérapeutique du patient : une indiscutable complémentarité

Si on examine les idées force de l'EM (cf. encadré 1), on constate les nombreuses similitudes entre l'ETP et l'EM : importance de l'alliance thérapeutique, du partenariat, de l'autonomie, de l'accueil inconditionnel, du respect du rythme du patient, pour ne citer que ces aspects-là (20). L'ETP dispose d'une dimension pédagogique incluant les représentations de la maladie par les patients et le développement de compétences de gestion de maladie du patient que l'EM ne développe pas spécifiquement. De son côté, la formation à l'EM donne des clés pour développer les compétences relationnelles et techniques inhérentes à sa nature (21). C'est donc bien de complémentarité qu'il s'agit. L'ETP est un art et une science, qui s'appuie sur 4 composantes : évaluation de la situation du patient, planification d'une ou plusieurs actions, mise en place de celles-ci et évaluation de leurs impacts sur la santé et la vie

du patient (22). La mise au jour des motivations du patient à s'engager dans des actions utiles à sa santé en favorisant son autonomie bénéficiera de l'approche motivationnelle pour éviter la position autoritaire que pourrait conférer, à tort, l'idée d'éducation (23). Gance-Cleveland souligne à cet effet que la dimension motivationnelle de l'éducation thérapeutique bénéficiera de l'esprit de l'entretien motivationnel à savoir, donner du pouvoir d'agir, sortir d'une position d'expert ou encore favoriser la collaboration (23). Permettre au patient de verbaliser ses raisons profondes et essentielles de changer ses habitudes, ou de maintenir le changement augmentera significativement les chances de réussite des propositions incluses dans le programme d'éducation thérapeutique (24). Dans un article consacré à l'adhésion thérapeutique, les auteurs montrent l'intérêt d'adjoindre l'EM au programme d'éducation thérapeutique en soulignant l'effet synergique de l'EM et de l'ETP sur l'adhésion (25). Si l'ETP est, pour les patients, une forme de carte géographique de leur maladie, l'EM pourrait constituer une forme de GPS pour le soignant. On pourrait à l'avenir imaginer des formations mixtes, ETP et entretien motivationnel (26,27). Elles auraient le mérite et l'originalité de créer des compétences complémentaires et certainement cumulatives dont les premiers bénéficiaires seraient les patients, comme en témoignent les travaux qui les associent et montrent une synergie entre les deux approches (28,29).

Conclusion

L'EM est une approche relationnelle qui a élargi ses applications initiales aux maladies chroniques auxquelles l'ETP s'intéresse depuis ses origines. Leurs nombreux aspects communs aux effets synergiques se retrouvent dans les études qui les ont associées.

Des formations mixtes auraient un intérêt indubitable pour les soignants qui deviendraient à même de développer une pratique éprouvée de l'ETP et de l'EM.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Bibliographie

1. Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.
2. Fenouillet F. Les Théories de la motivation. Dunod, 2023.17-63
3. Miller WR. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, pp 147-172
4. Miller WR et S Rollnick. L'entretien motivationnel. Aider la personne à changer. Dunod Interéditions, 2013.
5. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother*. 2009 Mar;37(2):129-40.
6. Brehm, JW. *A theory of psychological reactance*. Academic Press. 1966 135p
7. Bandura, A. Self-efficacy. In, VS Ramachaudran (Ed.) *Encyclopedia of human behavior*. 1994; (Vol. 4, p. 71-81).
8. Festinger L. Une théorie de la dissonance cognitive. (Première parution en anglais.1957). En français aux Éditions Enrick B. 2017, 280 p.
9. Miller WR. The evolution of motivational interviewing. *Behav Cogn Psychother*. 2023 May 12:1-17
10. Frost H, Campbell P, Maxwell M, O'Carroll RE, Dombrowski SU, Williams B, Cheyne H, Coles E, Pollock A. Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behavior change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS One*. 2018 Oct 18;13(10).
11. O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, Bernhardt J, Lannin N, Morris ME, Taylor NF. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil*. 2014 Dec;28(12):1159-71.

12. Wang C, Liu K, Sun X, Yin Y, Tang T. Effectiveness of motivational interviewing among patients with COPD: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*. 2022 Nov;105(11):3174-3185.
13. Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, Palmer M, Fulcher L. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol*. 2003 Oct;71(5):862-78.
14. Moyers TB, Miller WR, Hendrickson SML. How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *J Consult Clin Psychol*. 2005 Aug;73(4):590-598.
15. Magill M, Apodaca TR, Borsari B, Gaume J, Hoadley A, Gordon REF, Tonigan JS, Moyers T. A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. *J Consult Clin Psychol*. 2018 Feb;86(2):140-157
16. Miller WR et Rollnick S. *Motivational interviewing. How to help people change addictive behaviors?* Guilford, 2002.
17. Miller WR et Rollnick S. *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement.* Dunod Interéditions, 2006. 237p
18. Michalopoulou M, Ferrey AE, Harmer G, Goddard L, Kebbe M, Theodoulou A, Jebb SA, Aveyard P. Effectiveness of Motivational Interviewing in Managing Overweight and Obesity: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2022 Jun;175(6):838-850.

19. Ekong G, Kavookjian J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2016 Jun;99(6):944-52..
20. J Sommer, P Gache et A Golay. *Communication professionnelle en santé. L'éducation thérapeutique et la motivation du patient*. Pearson ERPI, 2016, p313-338
21. Gache P et Cavalli Euvrard G. *Guide pratique de l'entretien motivationnel*. Dunod, Paris, 2022. 368p.
22. Cutilli CC. Excellence in Patient Education: Evidence-Based Education that "Sticks" and Improves Patient Outcomes. *Nurs Clin North Am*. 2020 Jun;55(2):267-282.
23. Gance-Cleveland B. Motivational interviewing: improving patient education. *J Pediatr Health Care*. 2007 Mar-Apr;21(2):81-8.
24. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, Widmer D, Yumuk V, Schutz Y. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts*. 2019;12(1):40-66.
25. Hyrkas K, Wiggins M. A comparison of usual care, a patient-centered education intervention and motivational interviewing to improve medication adherence and readmissions of adults in an acute-care setting. *J Nurs Manag*. 2014 Apr;22(3):350-61.
26. Laurendeau C, Marchand C et Gagnayre R. Évolution en 2021 de l'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient en formation initiale et place de la simulation dans cet enseignement : une enquête auprès de 92

instituts de formation en soins infirmiers français. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ. 2022 ; 14(1) : 10203

27. Jorge César Correia, Aline Lasserre Moutet, Isabelle Fristalon, Grégoire Lagger, Alain Golay et Olivia Braillard. Therapeutic Patient Education in the practice of physicians at the Geneva University Hospitals: a qualitative analysis of representative situations and skills. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2020, 12(1):20202
28. Kłósek P, Grosicki S, Całyniuk B. Improving the effectiveness of obesity treatment by combining a diet and motivational techniques. Rocz Panstw Zakł Hig. 2018;69(3):299-305.
29. Resnicow K, McMaster F. Motivational Interviewing: moving from why to how with autonomy support. Int J Behav Nutr Phys Act. 2012 Mar 2;9:19.

Encadré 1 : 10 idées essentielles pour pratiquer l'entretien motivationnel – 10 main ideas for practicing motivational interviewing

1. Le professionnel de santé a la conviction profonde que le patient peut changer et qu'il a en lui de nombreuses compétences pour le faire et maintient un regard positif.
2. L'entretien se déroule dans une *atmosphère empathique* non confrontante où l'on sollicite la participation active de la personne. La persuasion directe, la confrontation moralisante et l'argumentation sont des concepts opposés à l'EM et sont explicitement proscrits dans ce cadre.
3. La relation thérapeutique correspond à *un partenariat*; Le professionnel de santé doit éviter de se positionner comme expert.
4. C'est au patient et non au professionnel de santé *de clarifier l'ambivalence*. L'ambivalence est constituée de tendances opposées qui entrent en conflit, ce qui bloque les perspectives de changement.
5. Le professionnel de santé utilise une « guidance douce » pour aider le patient à avancer vers le changement.
6. Le professionnel de santé respecte *l'autonomie et la liberté* de choix de comportement du patient.
7. Le professionnel de santé aide le patient à identifier *ses désirs, raisons, besoins et capacités* qui seront les moteurs du changement.
8. Le professionnel de santé est attentif au Discours-Changement du patient. Il renforce ce discours pour augmenter la probabilité de réussir le changement.
9. Le professionnel de santé évite la discordance dans la relation en s'attachant à écouter pour comprendre et pas pour convaincre.

10. Le professionnel de santé agit dans l'intérêt strict du patient.