

Le modèle du changement de Prochaska et Di Clemente : les bases de la thérapie motivationnelle

Toute thérapie peut appliquer le modèle du changement de Prochaska et Di Clemente (1986). Ce modèle a été créé pour l'alcoolisme (Miller, 1999 ; Miller et Rollnick, 2006) et le tabagisme. Il s'inspire très directement des travaux de Bandura (1977, 2007) sur l'efficacité personnelle perçue (voir chapitre 3), et peut être étendu à tous les processus de changement, qu'ils soient psychothérapeutiques ou non (figure 1.2).

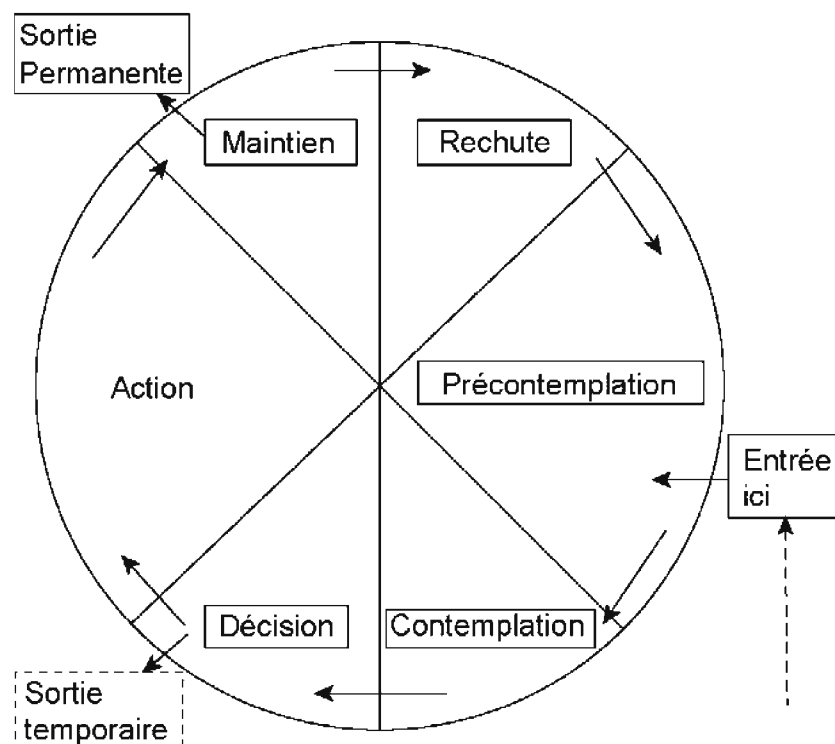


Figure 1.2

Schéma du cycle du changement en fonction des étapes de la motivation (d'après Prochaska et Di Clemente).

1. Les personnes qui n'envisagent pas de changer leurs comportements sont décrites comme des *précontemplateurs*. À ce stade, les processus de changement résultent de motivations externes ; la maladie, les phases de la vie et leur changement physique ou de statut social peuvent établir une pression sur l'individu telle qu'il soit pratiquement obligé de considérer la possibilité d'un changement.

2. L'étape de *contemplation* commence quand l'individu admet qu'il a un problème et qu'il va étudier les possibilités et le coût (psychologique et financier) du changement. Il envisage changer dans les six mois à venir et se prépare au changement. Les processus de changement à ce stade sont l'observation des autres, la recherche d'information, la prise de conscience, la confrontation par les autres au problème, parfois l'entrée dans une thérapie.

3. Puis les personnes vont progresser et vont atteindre le stade de la *décision* où elles vont envisager les actions nécessaires au changement. Dans cette phase de décision, les personnes vont développer une résolution ferme de passer aux actes. Une solution est influencée par les expériences passées, et les tentatives antérieures de changement. Les individus qui ont fait plusieurs tentatives infructueuses de changement ont besoin d'encouragements pour se décider à reprendre le cycle de changement.

4. Une fois que les personnes ont commencé à modifier le comportement problème, ils sont dans le stade de l'*action* qui normalement continue durant trois à six mois. À ce stade, les processus de changement sont essentiellement l'autocontrôle. L'autocontrôle peut se définir comme le degré personnel d'autodétermination, c'est-à-dire la capacité à agir sans se laisser influencer par les contingences de l'environnement.

5. Après avoir passé avec succès la phase d'action, les personnes vont ensuite prendre l'étape du *maintien*, autrement dit du changement soutenu.

6. Si l'ensemble de ces efforts échoue, on entre, à ce moment, dans un stade de *rechute* et l'individu peut rentrer dans un nouveau cycle, en repartant au niveau de la pré-contemplation.

Le thérapeute comme facilitation du changement : la tâche du thérapeute est d'aider l'individu à passer d'un stade à l'autre du cycle aussi rapidement que possible. Mais il doit dire au patient que lui seul est l'agent du changement : « Même si je voulais vous changer, je ne le pourrais pas, car le changement est votre décision personnelle. » Si l'on pense qu'il y a peu d'espoir que les choses peuvent changer, il y a également peu de raison de faire face au problème.

Freeman et Nolan (2001) ont essayé de relier les modèles du développement individuel à celui de Prochaska et Di Clemente et de revoir ce modèle dans la perspective plus générale de la psychothérapie. Selon ces deux thérapeutes cognitivistes, on peut considérer que dix phases définissent les processus de changement :

1. Non-contemplation : n'y pense pas.
2. Anticontemplation : est contre.

3. Précontemplation : considère les raisons, la possibilité et les conséquences.
4. Contemplation : considère activement le changement.
5. Planification de l'action : décisions avec un thérapeute.
6. Action : modification progressive des comportements.
7. Prédéfaillance : cognitions négatives et nostalgie des vieux comportements.
8. Défaillance : diminution des acquis.
9. Rechute : retour à l'état initial.
10. Maintenance : maintien et optimisation du changement.

Freeman et Nolan (2001) ont également systématisé les processus de la rechute :

1. Rechute non contemplative : « Je ne savais pas qu'il fallait faire attention. »
2. Rechute anticontemplative : « J'en ai assez de me surveiller. »
3. Rechute précontemplative : « Il faut que je sache comment je perds pied. »
4. Planification par rapport à la rechute : « Il me faut un système de contrôle. »
5. Rechute : « Cela recommence comme avant. »
6. Prévention de la rechute : « Je dois reprendre rendez-vous et faire le travail psychologique (et/ou social, biologique, etc.) prévu. »

Le stade de prédéfaillance est particulièrement intéressant à comprendre car, à ce stade, le sujet s'engage dans des pensées, des désirs, et même un désir impérieux vis-à-vis du temps passé et des anciens comportements. Il se demande si les changements sont réels et s'il est profitable de continuer la prise en charge. Des attitudes thérapeutiques sont à mettre en œuvre pour éviter le retour aux anciens comportements. En particulier, on se servira de la discussion socratique des avantages et des désavantages de reprendre les anciens comportements et de la méthode de résolution de problème (voir chapitre 18).

Le modèle de Freeman et Nolan peut se représenter sous la forme d'une grille qualitative d'évaluation (tableau 1.2).