



«Combien de fois il faut que je vous dise...». Quelques pistes données par l'entretien motivationnel

Rev Med Suisse 2005 ; 1 : 2453-6

D. Berdoz
K. Michaeli Conus
J.-B. Daeppen

Drs Didier Berdoz et
 Jean-Bernard Daeppen
 Centre de traitement en alcoologie
 Dr Karin Michaelis Conus
 Policlinique médicale universitaire
 1011 Lausanne
 Didier.Berdoz@chuv.ch
 Jean-Bernard.Daeppen@chuv.ch
 Karin.Michaelis-Conus@hospvd.ch

Helping patients with risky health behaviors: some suggestion with motivational interviewing

Helping patients modify risky health behaviors, including cigarette smoking, at-risk alcohol use, sedentary lifestyle and unhealthy diet, is a common and sometimes frustrating task. Motivational interviewing was developed from the notion that simple advice usually does not lead to behavioral change and may be even misperceived by patients. Based on active listening and an empathic attitude, some principles of motivational interviewing may be easily adapted to a primary care consultation. These principles facilitate positive, relaxed and constructive atmosphere for behavior change discussions and have been associated with promising results. This article presents key concepts of motivational interviewing such as ambivalence, resistance and stages of change, illustrated with practical examples.

Tenter de modifier les comportements à risque pour la santé de nos patients (tabagisme, abus d'alcool, sédentarité, excès alimentaire) est une tâche quotidienne souvent inefficace. L'entretien motivationnel s'est développé à partir du constat que les conseils donnés par le praticien ne sont pas suffisants ou qu'ils peuvent être mal perçus par le patient. Basée sur l'écoute active et une attitude empathique, l'approche motivationnelle propose des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Elle assure aux discussions une atmosphère positive et détendue, et montre des résultats très encourageants. Cet article présente quelques concepts clés de l'entretien motivationnel tels que l'ambivalence, la résistance et les stades de préparation au changement et les illustre par des exemples pratiques.

INTRODUCTION

Au moins deux parmi les quatre comportements à risque – tabagisme, consommation d'alcool à risque, sédentarité et excès alimentaire – sont présents chez plus de la moitié des patients consultant un médecin de famille.¹ Le cabinet médical apparaît ainsi comme un lieu privilégié pour conseiller nos patients d'arrêter de fumer, de boire moins, de manger mieux et de faire de l'exercice. Malheureusement, ces conseils ne sont efficaces que dans 5 à 10% des cas.² Peu sollicités par les patients, ils se focalisent sur d'hypothétiques bénéfices à long terme, tout en sous-estimant généralement les coûts immédiats pour le patient. De plus, la manière de prodiguer des conseils peut paradoxalement empêcher un changement de comportement plutôt que le favoriser.

L'entretien motivationnel s'est développé à partir de la notion simple que la manière de parler à quelqu'un à propos d'un changement de comportement a une influence sur sa volonté de parler librement de comment et pourquoi il pourrait changer.

Stephen Rollnick

Les raisons de l'échec des conseils ont été étudiées en détail et ont permis à deux psychologues, William Miller et Stephen Rollnick, de développer les principes de l'entretien motivationnel (EM).^{3,4} Basé sur un style chaleureux favorisant l'alliance plutôt que la confrontation, centré sur les préoccupations, les priorités et «l'agenda» du patient, l'EM vise à augmenter la motivation au changement en aidant le patient à évoluer au travers des stades de préparation au changement (tableau 1). Le rôle central du praticien consiste dès lors plutôt à accompagner vers le changement, ce qui prendra parfois des mois ou des années, plutôt que de prescrire un changement immédiat, même si la situation médicale le recommande.

L'idée est donc de donner la possibilité au patient, et non au thérapeute, de nommer lui-même les avantages et les inconvénients d'un changement de com-

Tableau 1. Principes de l'entretien motivationnel

1. Un style chaleureux, un climat bienveillant et une bonne qualité d'écoute favorisent la discussion et la possibilité d'un changement de comportement
2. Tenir compte des préoccupations et des priorités du patient, et respecter son rythme de changement permet de diminuer la résistance à changer
3. Soutenir le patient dans l'objectif qu'il s'est lui-même fixé, croire en ses capacités à changer et valoriser sa démarche ou ses succès sont des éléments importants pour initier un changement de comportement

portement et de lui attribuer pleinement la responsabilité de ce changement.

COMMENT ENTRER EN MATIÈRE ?

Évoquer la consommation d'alcool, de tabac ou de drogue avec son médecin de famille peut être difficile, culpabilisant, vécu comme trop intrusif. Il convient de créer un climat de discussion bienveillant et dénué de jugement. Pour entrer en matière, il peut être utile de *demande la permission*. Par exemple : «*Peut-on passer quelques minutes à parler de votre consommation d'alcool ?*»

La qualité d'écoute est importante pour faciliter un changement de comportement. En pratique, on peut utiliser l'*écoute réflexive* qui consiste à reformuler les propos du patient. On étaye alors son discours par des répliques comme : «*Si je vous comprends bien...*», «*J'ai le sentiment que...*», «*Vous dites que...*». Le patient se sent alors écouté, compris et peut prendre le temps de réfléchir, le praticien se contentant de faciliter ce processus.

EXPLORATION DE L'AMBIVALENCE

L'*ambivalence* est un concept central de l'EM qui n'est pas compris comme une réticence à changer de comportement mais comme un conflit psychologique survenant dans le choix entre deux actions contraires, en l'occurrence changer ou ne pas changer. L'ambivalence est difficile à résoudre car quel qu'il soit, le choix présente pour le patient des coûts et des bénéfices. L'exploration de l'ambivalence permet au patient, et non au thérapeute, de formuler lui-même les raisons de la nécessité d'un changement de comportement et les difficultés que ce changement entraînerait. Un des buts de l'EM est de faire apparaître et de permettre au patient d'explorer sa propre ambivalence. En pratique, il faut d'abord inciter le patient à explorer les côtés «positifs» :

Praticien : «Dites-moi ce que vous appréciez avec la cigarette ?» Une fois que ceux-ci sont évoqués et développés, on peut enchaîner par : «Quels sont les moins bons côtés ?»

Il est important de ne pas tenter de convaincre ou de faire pression sur le patient. Les arguments du changement sont amenés par le patient lui-même qui fait alors une grande partie du travail.

Ensuite, le praticien peut faire un bref *résumé* des aspects positifs et négatifs de la consommation en restant au plus

près des mots utilisés par le patient, puis lui demander comment il se sent face à ce résumé.

Praticien : «Si je comprends bien, la cigarette vous permet de vous détendre et d'être plus à l'aise en société mais, d'un autre côté, elle crée un conflit avec votre épouse, vous fait du souci pour votre santé et vous coûte cher. Est-ce que j'ai oublié quelque chose ?» Puis : «Qu'en pensez-vous ?»

Là encore, on doit veiller à ne pas prendre position ou argumenter en faveur du changement, sachant que cette attitude risquerait d'entraîner une augmentation de la résistance du patient.

LES STADES DE PRÉPARATION AU CHANGEMENT

Le modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente postule qu'un changement lié aux habitudes de vie n'est pas un phénomène ponctuel mais l'aboutissement d'un processus. Il décrit une variété d'états motivationnels rencontrés chez les patients, partant de ceux qui ne sont pas du tout concernés par le changement (*précontemplation*) en passant par ceux chez qui l'indécision domine (*contemplation*), jusqu'à ceux qui se préparent au changement (*préparation*). Deux stades ultérieurs se réfèrent aux sujets qui ont entamé le changement (*action*) et ceux qui le maintiennent (*maintenance*) (figure 1).

Les enquêtes menées au cabinet médical montrent que 80% des fumeurs et des consommateurs d'alcool à problème sont aux stades de la précontemplation et de la contemplation.⁵ Nous devons donc admettre que la majorité de nos patients ne sont pas prêts au changement et être attentifs à adapter notre intervention au stade où se trouve le patient. L'EM a pour but d'aider le patient à progresser à travers ces stades.

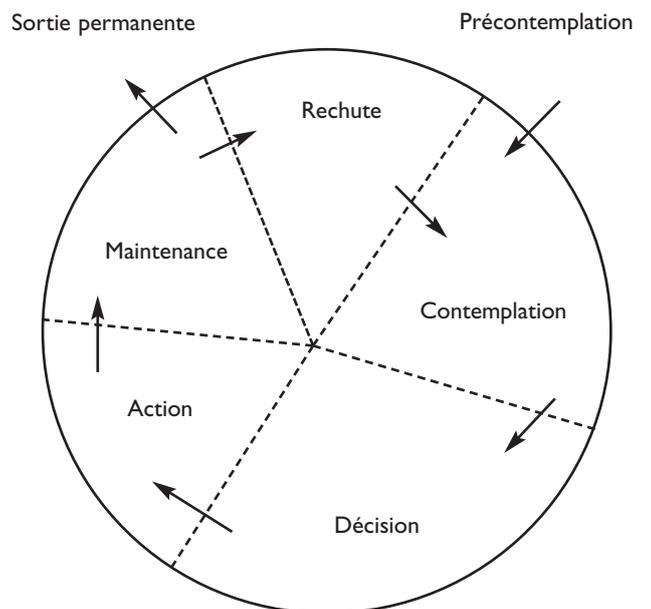


Figure 1. Stades de préparation au changement selon Prochaska et Di Clemente



QU'EST-CE QUE LA RÉSISTANCE ET COMMENT LA GÉRER ?

On estime généralement que le déni, la négation ou encore la *résistance* sont un obstacle à tout changement dont la source se situe principalement chez le patient. Dans l'EM, la résistance du patient est comprise comme un signal que l'intervention thérapeutique est inadaptée au stade de préparation au changement où il se trouve. On peut reconnaître cette résistance dans le dialogue par un rythme de discussion rapide et par le fait que le patient se met à argumenter («*Oui mais... , non mais...*»), à interrompre le médecin ou à ignorer ses paroles. C'est un signe que «l'agenda» du thérapeute ne correspond pas à celui du patient. Lorsque le patient résiste, l'argumentation est souvent contre-productive ; l'EM est une approche qui, loin de s'opposer à cette résistance, tend à la prendre en considération et à «rouler» avec elle.

Les techniques suivantes sont utilisées pour répondre à la résistance.

Le *reflet simple* reprend, sur le ton de l'affirmation, la résistance exprimée par le patient pour qu'il puisse s'entendre dire ce qu'il vient de formuler.

Patient : «Il est hors de question que je prenne des médicaments pour la tension artérielle car je ne suis pas malade».

Praticien : «Vous ne voulez pas prendre des médicaments parce que vous ne vous sentez pas malade...».

Patient : «...même si je me rends compte des conséquences que l'hypertension peut avoir sur ma santé...».

Le *double reflet* permet de refléter l'ambivalence présentée par le patient en lui restituant les aspects positifs et négatifs du changement :

Patient : «Bien sûr, je connais les risques du tabac sur la santé mais je n'ai pas envie de m'en passer...».

Praticien : «D'un côté vous êtes conscient des dangers du tabac mais de l'autre vous ne souhaitez pas arrêter maintenant...».

Une autre manière de gérer la résistance est de mettre l'accent sur la *liberté de choix* du patient.

Patient : «Ma femme n'arrête pas de me dire que je devrais manger moins. Je le sais bien, mais j'adore la bonne chère et je veux pas m'en passer».

Praticien : «Je respecte votre choix, vous seul pouvez décider...».

Le *reflet amplifié* est un autre moyen de répondre à la résistance par un écho amplifié (de manière non ironique) de ce que vient de dire le patient. Ce type de reflet donne à ce dernier la possibilité de relativiser ses propres paroles.

Patient : «Je n'ai pas le temps de faire du sport».

Praticien : «Vous êtes surchargé, ce qui ne vous laisse aucun temps pour une activité physique...».

Patient : «Non, pas aucun... si je le souhaitais vraiment, je pourrais m'organiser...».

Le fait de *resituer* le discours du patient permet de donner un éclairage nouveau à ses déclarations, de voir la situation sous un nouvel angle.

Patient : «Ma femme me fait toujours des remarques pour que je prenne mon traitement et ça m'énerve».

Praticien : «Votre femme se préoccupe de votre santé...».

Valoriser ou *soutenir le sentiment d'efficacité personnelle* favorise également le changement. En effet, à tout moment de la démarche, il est possible de valoriser l'un ou l'autre des actes du patient.

Patient : «Je me rends compte que ça sera difficile d'arrêter de fumer».

Praticien : «Le fait d'avoir déjà eu plusieurs périodes sans tabac montre que vous en êtes capable...».

Ou encore, *donner de l'information* de manière neutre :

Patient : «Je sais que je suis dépendant de l'alcool mais je suis abstinent depuis trois mois et je me demande si je ne pourrais pas reprendre une consommation contrôlée. Qu'est-ce que vous en pensez docteur?».

Praticien : «Si vous voulez mon opinion et si vous êtes d'accord, je peux vous donner quelques informations à ce sujet».

Patient : «Euh, oui!».

Praticien : «En ce qui vous concerne, c'est à vous de décider! Cependant, en général, les études montrent que le risque de rechute est élevé et ceci même après plusieurs mois, parfois plusieurs années d'abstinence. Pour les patients qui désirent tenter une consommation contrôlée, ce qui est donc recommandé actuellement est de passer au préalable par une période d'abstinence d'au moins un an. Que pensez-vous de ces informations?» ou «Est-ce qu'il y a des choses qui vous surprennent?».

A L'HEURE DU CHANGEMENT

Une fois le patient prêt au changement, le médecin peut lui présenter différentes options thérapeutiques et négocier un plan de traitement. Là encore, c'est le patient, et non le thérapeute, qui fixera l'objectif et le rythme de la prise en charge même si son projet nous semble insuffisant.

Praticien : «Vous aimeriez donc poursuivre le suivi ambulatoire et revenir à ma consultation dans deux mois. Quel objectif désirez-vous fixer d'ici là?».

Patient : «J'aimerais réussir à faire trente minutes de marche le samedi et le dimanche».

Praticien : «Votre objectif au cours des deux prochains mois est de faire trente minutes de marche par jour le week-end. Je vous félicite de cet objectif qui tient compte de votre emploi du temps chargé et je suis persuadé que vous y parviendrez...».

CONCLUSION

En tant que médecins praticiens, nous sommes quotidiennement confrontés à des patients qui s'impliquent difficilement dans la promotion de leur propre santé : ils fument, boivent, mangent trop et ne prennent pas toujours leurs médicaments. Chacun développe son style dans la manière de conseiller les patients, avec des résultats souvent décevants. L'application de l'entretien motivationnel à la médecine de premier recours est une conception modélisée du conseil médical. Ce modèle constitue l'outil qui permettra dorénavant d'optimiser l'enseignement du conseil médical dans les facultés de médecine. Sa description et son application ont permis d'en établir l'efficacité de manière scientifiquement rigoureuse.



Bien entendu, cet article n'a pas la prétention de se substituer à un apprentissage pratique. L'application de l'entretien motivationnel en médecine générale doit impérativement faire l'objet d'une formation spécifique. Ces formations se déroulent en général sur deux jours. En Suisse, des informations sur les possibilités de formation peuvent être obtenues auprès des auteurs de cet article. Les ouvrages de références sont actuellement disponibles en anglais.^{3,4} ■

Implications pratiques

- Ecouter de manière active dans un climat positif et bienveillant aide à promouvoir un changement de comportement
- L'ambivalence, qui tient une place centrale dans le processus de changement, doit être explorée en profondeur, en évoquant les aspects positifs puis négatifs du changement de comportement dont il est question
- Respecter «l'agenda» du patient, en adaptant sa stratégie d'intervention au stade de préparation au changement, minimise la résistance et favorise le changement

Bibliographie

- 1 Curry SJ. Toward a public policy agenda for addressing multiple health risk behaviors in primary care. *Am J Prev Med* 2004;27:106-8.
- 2 Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ* 1988;297:663-8.
- 3 Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press, 2002.
- 4 ** Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health behavior change: A guide for practitioners*. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 1999.
- 5 Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, et al. Motivation to change drinking behavior: Comparison of alcohol-dependent individuals in a general hospital and a general population sample. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21:348-53.

* à lire

** à lire absolument