



Revue Médicale Suisse

L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques

Auteur : P. Gache C. Fortini A. Meynard M. Reiner Meylan J. Sommer

Numéro : 3080

Sujet: Thérapeutique (divers médecine interne)

Aider au changement dans le but d'améliorer la santé est un rôle important des soignants. L'entretien motivationnel (EM) est une approche qui a pour but d'explorer et résoudre l'ambivalence des patients face au changement. L'ambivalence, hésitation dans le choix entre deux ou plusieurs options, est considérée comme un frein puissant à la décision de changer. Dans un climat résolument empathique et avec confiance dans les capacités des patients à réussir le changement qu'ils souhaitent, l'EM utilise une approche centrée sur le patient pour encourager la décision de changer dans laquelle les moteurs sont en plus de l'empathie, le soutien à l'efficacité personnelle, le développement des divergences (conflits psychiques internes) et la diminution de la résistance au changement. La pratique est indispensable à l'apprentissage de cette approche exigeante et utile aux patients.

introduction

L'explication de l'approche motivationnelle, outil à la mode s'il en est et qui pourrait bien pâtir de cet engouement, laisse perplexe par sa simplicité de description. Il ne faudrait pas pour autant se laisser aller à une euphorie mal venue car la pratique de l'Entretien Motivationnel (EM) est aussi difficile que séduisante et aussi exigeante qu'enthousiasmante. Il existe plusieurs manières d'encourager le changement de comportement. Les psychosociologues, par exemple, ont montré que l'influence d'une personne sur l'autre peut tenir à de petits détails.¹ Par ailleurs, toutes les approches psychologiques ont de près ou de loin l'idée d'influer sur la décision de changement. Issue des approches humanistes rogeriennes, l'EM a réussi à se forger une identité par un abord original des enjeux relationnels en même temps qu'utile aux patients.² Peut-on vraiment parler de nouveauté dans ce champ ? Que contient exactement l'EM ? Quels sont les éléments centraux de sa pratique ? Pour répondre à ces questions, nous vous proposons d'être des lecteurs-acteurs et de vous essayer à quelques exercices pour vous familiariser avec l'EM : aucun risque, c'est entre vous et vous ! Et pour les plus téméraires, une surprise en fin d'article.

regardons la situation sans faux-semblant

La vie des médecins en particulier et de tous les soignants en général se rythme au gré des interventions au cours desquelles ils essaient avec enthousiasme d'encourager leurs patients à modifier un comportement délétère pour la santé. Ceci est le début de l'histoire. La suite est la plupart du temps moins glorieuse, en raison de l'effet pour le moins variable des conseils des soignants auprès des patients. Là-dessus les experts sont formels, les patients écoutent avec attention puis décident, parmi les recommandations proposées, celles qu'ils vont appliquer tout ou en partie.³ On comprend pourquoi les soignants se découragent devant des patients dûment informés éduqués, serait-on tenté d'ajouter qui continuent à fumer, boire de l'alcool ou manger en excès, prendre irrégulièrement leur traitement, faire peu d'activité physique, persister dans leurs conduites à risques (drogues injectées, relations sexuelles non protégées, etc.). Et si l'on voulait décrire avec plus d'acuité les tenants de cette relation soignant-soigné, il faudrait y rajouter tous les sentiments divers qui nous traversent l'esprit en face d'un «gros», d'un «très très gros», d'une patiente diabétique qui fait des figures libres avec ses glycémies, d'un patient porteur d'un quadruple pontage qui ne fume plus que... vingt cigarettes par jour, d'un patient alcoolodépendant interpellé pour la troisième fois au volant de sa voiture avec 1,8‰... La liste est bien sûr infinie et «on n'a pas que cela à faire».

Ce n'est pas nouveau de dire que les médecins ou les soignants donnent des conseils à leurs patients. Ce qui est plus nouveau, enfin le croit-on, c'est de considérer que les patients ne suivent pas forcément les conseils donnés. Passé notre blessure narcissique, il faut se rendre à l'évidence, les études ne laissent aucun doute, les patients ne terminent pas leur traitement antibiotique, jouent avec leurs antidépresseurs,

réduisent leur traitement antihypertenseur, etc.³ Plus encore, les fumeurs alertés par des paquets promettant cancer et impuissance se résignent à mettre leurs cigarettes dans des boîtes moins agressives. Certains consommateurs d'alcool déclarent que la dive bouteille est bonne pour les artères, protège de la maladie d'Alzheimer et concluent qu'il faut bien mourir de quelque chose.

Dans un monde idéal qui existe dans les livres et les tarifications médicales, les choses sont heureusement plus simples. Il faudra appliquer ce qui est proposé et ce qui est écrit. Voilà, nous sommes sauvés ! Dans la vraie vie, la nôtre, la vôtre, il y a des patientes et des patients, des familles de patients, des personnes qui travaillent, d'autres qui aimeraient travailler, des patients qui voudraient arrêter de boire et ne le font pas et aussi des patients obèses qui continuent de trop se nourrir. Ils sont comme ça nos patients. Et cette assemblée humaine attend bien souvent de nous des miracles en pluie continue. Mais ne soyons pas modestes et désespérés, il y a plus à faire qu'on ne le croit.

une idée issue de l'observation

Absolument conscients de la difficulté d'initier le changement et avec un pragmatisme de rigueur, deux psychologues ont écouté des dizaines d'enregistrements d'entretiens de malades alcooliques et de patients toxicomanes.⁴ Sans a priori, ils ont observé que certes, certains patients n'avaient besoin que de peu d'encouragements pour réussir alors que d'autres ne voulaient rien entendre en matière de changement, mais le plus intéressant est que ces deux précédents types de patients n'étaient de loin pas les plus nombreux. Alors, qui étaient les autres ?

Les autres, les plus nombreux, s'interrogeaient sur leur comportement et oscillaient entre l'idée qu'ils devraient changer, que ce serait mieux pour eux et l'idée qu'après tout ce n'était pas si important que cela de changer. Les deux psychologues ont observé que cette oscillation pouvait se dérouler plusieurs fois dans le même entretien et que, stupeur, l'attitude du soignant influait intensément sur les oscillations du patient. Autrement dit, si un soignant impatient (!) prend parti dans les hésitations de son patient, notamment en lui faisant savoir où est le bon choix (on sait bien que, 999/1000, le patient sait où est le bon choix), la réponse du patient cingle dans une argumentation sans faille en faveur du maintien du comportement qu'il avait envisagé de modifier. Et le soignant, benoît, conclura, à tort, que ce patient n'était pas motivé. Ce qu'il fallait démontrer (exemple : **figure 1**) !

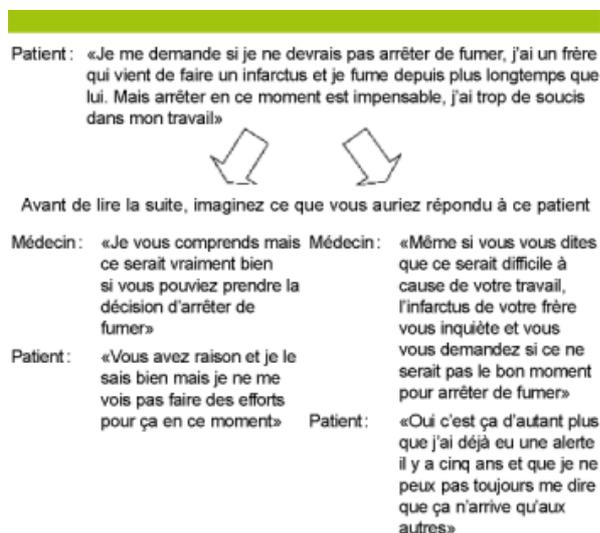


Figure 1. Un patient ambivalent

Lorsque le médecin prend parti pour le changement (à gauche), le patient se défend et contre-argumente. Lorsque le médecin reflète ce qu'il comprend (à droite), le patient élabore et complète une argumentation en faveur du changement.

Appelons ambivalence, les oscillations du patient et entretien motivationnel (EM), l'attitude qui consistera à aider le patient à explorer et résoudre cette ambivalence afin de l'encourager à modifier un comportement qu'il juge inapproprié. Cette approche centrée sur la personne met avant tout l'accent sur la résolution de l'ambivalence comme moteur de changement.⁴

Aussi vient à l'esprit une question : comment l'EM peut-il aider un patient à explorer et résoudre son

ambivalence dans le but d'engager le changement ?

les ressorts de l'entretien motivationnel

L'état d'esprit de l'EM : Autonomie, liberté et responsabilité des patients et confiance inconditionnelle des soignants envers les patients.

Pour illustrer l'état d'esprit de l'EM : lisez cette situation clinique et répondez aux questions qui suivent. Prenez soin de répondre à la première question avant de lire la deuxième (sinon l'exercice perd son intérêt !).

Ce patient est un jeune homme de 17 ans. Il vient à la consultation accompagné par sa mère. Une enseignante a suggéré à la mère de consulter car cette enseignante aurait décrit le jeune homme, selon la mère, comme souffrant d'une «maladie mentale». Selon la mère, cette opinion est partagée par la famille proche et les voisins. Malgré tout la mère pense que son fils est normal.

Le parcours scolaire de l'enfant est une succession de problèmes et de notes médiocres. Il dit qu'il hait l'école. Selon sa mère, un des enseignants lui a fortement suggéré de retirer son fils de l'école parce que la seule présence en classe de celui-ci «est une atteinte au respect des autres élèves pour l'enseignant». Des évaluations précédentes laissaient penser que la mère était exigeante, dominatrice et pessimiste.

Selon sa mère, le jeune homme n'a pas beaucoup d'amis et n'aime pas jouer avec ses pairs. Elle le décrit comme «solitaire». Selon ses parents, leur fils est sujet à des épisodes de colère inexplicables. Le seul fait marquant de la biographie de ce jeune homme est qu'il est né avec une «grosse tête» et que sa famille a subi la mort de trois enfants avant sa naissance.

1. A votre avis, en lisant cette histoire, quels sont les principaux problèmes dont souffre ce jeune homme et comment imaginez-vous que la situation évolue s'il ne bénéficie pas d'une prise en charge ?

Réponse

A cette question, on peut répondre que ce patient a des problèmes relationnels, qu'il est peut-être déprimé ou encore qu'il vit sous la domination d'une mère «très présente» ce qui l'empêche de développer sa propre personnalité. On se dit aussi qu'on aimerait approfondir la relation avec sa mère et savoir pourquoi il n'est pas fait mention du père.

2. En fait, on connaît le devenir de ce jeune homme et on peut dire qu'il a plutôt bien réussi sa vie autant sur le plan personnel que professionnel. A votre avis, de quelles ressources internes et externes ce jeune homme a-t-il pu disposer pour «renverser la vapeur» ?

Réponse

Puisqu'on sait que ce jeune homme a bien évolué, on peut imaginer que son attitude actuelle est liée à un certain ennui à l'école, qu'il n'éprouve pas le besoin d'avoir des amis car il aime être seul et qu'il a une riche vie intérieure. Il a sans doute une capacité à croire en lui et à avoir confiance en ses propres forces. Sa mère a pu aussi l'encourager à accepter sa différence et à la cultiver comme un atout plutôt que comme une faiblesse.

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 respectant toujours sa liberté et en le centrant sur sa responsabilité (**tableau 1**). Nous sommes toujours tentés de voir le verre à moitié vide plutôt que le verre à moitié plein. Posons un regard de confiance sur nos patients et acceptons que nous ne puissions les faire changer comme on prescrirait un sirop contre la toux. A l'inverse, ce sentiment d'impuissance ne doit pas nous conduire à la résignation. Au contraire, être là et confiant quoi qu'il arrive, est le meilleur gage que l'on puisse offrir à un patient comme preuve qu'il peut changer. Pour l'anecdote, le jeune homme décrit ci-dessus n'est autre

qu'Albert Einstein !

Tableau 1. L'état d'esprit de l'entretien motivationnel

1. La motivation au changement doit venir de la personne elle-même, elle n'est pas imposée de l'extérieur
2. L'intervenant aide la personne à identifier ses valeurs intrinsèques et ses buts qui seront les moteurs du changement
3. C'est à la personne et non à l'intervenant, d'explorer et de résoudre l'ambivalence. L'ambivalence est constituée de tendances opposées qui entrent en conflit, ce qui bloque les perspectives de changement
4. 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 agressive, et l'argumentation sont des concepts opposés à l'EM et sont explicitement proscrits dans ce cadre
5. L'intervenant est directif en aidant la personne à explorer et à résoudre son ambivalence
6. Les stratégies spécifiques de l'EM servent à faire advenir, clarifier et résoudre l'ambivalence dans une atmosphère respectueuse à l'égard de la personne et tenant compte de son degré de préparation au changement
7. La résistance au changement n'est pas qu'une caractéristique propre à la personne mais également le produit de l'interaction entre la personne et l'intervenant
8. La relation thérapeutique correspond à un partenariat ; l'intervenant doit éviter de se positionner comme expert
9. L'intervenant respecte l'autonomie et la liberté de choix de comportement de la personne

Exploration et résolution de l'ambivalence

Imaginez que vous ayez envie de changer de travail. Vous n'en êtes pas certain mais la question se pose car on vous fait une proposition sérieuse. Vous allez voir un(e) ami(e) et vous lui exposez votre situation en faisant part de votre hésitation. Votre ami(e) vous écoute et vous dit : «c'est tentant mais à ta place je garderais le même travail». Vous répondrez invariablement : «Oui mais reconnais que cette offre est tentante». Si votre ami(e) vous avait plutôt dit : «Alors, t'as bien raison de changer, j'ai toujours pensé que ton travail ne te convenait pas». Vous allez objecter : «Oui c'est vrai, mais dans mon travail actuel, j'ai une liberté que je risque de perdre dans le nouveau». Et cela peut durer ainsi, chacun trouvera un argument supplémentaire pour essayer, en vain, de convaincre l'autre. Pour éviter ce piège, l'EM propose d'aider l'exploration de l'ambivalence, préalable à sa résolution, en guidant le patient dans cette exploration tout en évitant soigneusement de prendre parti, de juger de la qualité des arguments ou encore de donner des conseils.⁵

Essayez-vous-1^a

1a. Que direz-vous à ce patient ?

«Je sais que je devrais maigrir mais j'ai déjà fait tellement de tentatives qui ont finalement échoué que je ne me vois pas recommencer, d'autant que finalement pour le moment je ne souffre pas trop de mon poids»

1b. Ou encore à cette patiente enceinte ?

«Je sais bien que ce n'est pas une bonne idée de fumer quand on est enceinte. Je sais que je fais courir des risques à mon bébé. Mais voyez-vous docteur, je n'arrive pas à franchir le pas».

les principes de l'entretien motivationnel : empathie, efficacité personnelle, résistance et divergence

A propos d'empathie

Sur toutes les lèvres dès qu'il s'agit de communication soignant-soigné, l'empathie a pâti de cette notoriété. Exigeant à souhait, l'effort d'empathie se révèle particulièrement difficile quand tout va mal et qu'on ne peut s'empêcher de penser que le patient ne «fait pas tout ce qu'il devrait», c'est alors bien naturellement que l'agacement nous guette, que l'irritation pointe ou que la persuasion directe se fait jour. Car l'empathie se construit dans une vigilance constante grâce à laquelle on exprimera au patient notre compréhension de sa situation sans jugement ni approbation mais dans un registre de partage et d'écoute réflexive. C'est notre capacité à transmettre au patient ce qu'on ressent de son vécu et particulièrement sur le plan émotionnel qui générera ce climat empathique, préalable indispensable à l'engagement au changement (tableau 2). Une personne qui se sent comprise est davantage disposée à s'ouvrir et à partager ses expériences, ce qui nous permettra de nous représenter quelles sont ses ressources et ses besoins d'apprentissage face au processus de changement.⁶

Tableau 2. Les principes de l'entretien motivationnel

- Exprimer l'Empathie
- Rouler avec la Résistance
- Développer les Divergences
- Soutenir le Sentiment d'efficacité personnelle

Essayez-vous-2 ^a

2a. Comment exprimeriez-vous votre empathie à cette patiente ?

«Docteur, je suis assez découragée par ce que je fais et je m'en veux terriblement parce que j'ai l'impression de vous faire perdre votre temps. Mes glycémies sont mauvaises et contrairement à ce que j'avais promis, j'ai fait beaucoup d'écarts sur la nourriture ce qui me vaut 3 kilos de plus sur la balance aujourd'hui.»

2b. Ou encore à cette jeune patiente asthmatique ?

«Pourquoi je ne pourrais pas fumer comme mes copines, une cigarette de temps en temps ? C'est quand même pas une cigarette qui va me déclencher une crise. De toutes façons, j'ai beau faire des efforts et ne pas fumer, ça n'empêche pas les crises d'arriver !»

A propos de résistance

«Vous avez raison docteur, mais...». Quelle déception à l'écoute de ces mots, nous pensions avoir été convaincant, avoir fait état de notre savoir pour déclencher l'envie de changer de notre patient. Et le patient nous répond : «oui, mais...». Lorsque les patients commencent leur réponse par ces deux mots, ils nous signalent que ce qui suit le «mais» est plus important que le «oui». Ils nous traduisent ainsi qu'ils ne partagent pas notre point de vue. Dans l'EM, nous appelons cette manière de faire des patients, l'expression de la résistance au changement ou pour le moins l'expression de l'envie de maintenir le comportement actuel. La résistance puisant son origine dans la peur du changement, on comprend facilement que l'argumentation rationnelle n'est guère utile, la personne est d'ailleurs souvent parfaitement consciente de l'aspect irrationnel de ses peurs. En revanche, se mettre à ce moment-là du côté de la résistance, c'est reconnaître à la personne le droit d'avoir peur et de ne pas se sentir prête. Face à la résistance au changement, l'EM préconise de changer de stratégie. La résistance est un signal de discordance dans la relation. L'EM invite l'intervenant à modifier son style pour faire baisser la résistance et augmenter l'envie de changer. L'accompagnement dans la décision de changer a lieu dans un climat d'empathie et repose sur le principe que la décision finale de changement appartient à la personne. La véritable autonomie ne s'acquiert qu'après avoir reconnu «ses limites».⁷

Essayez-vous-3 ^a

3a. Que diriez-vous à cette patiente (en «roulant avec la résistance») ?

«Docteur, je crois que vous ne vous mettez pas à ma place. J'aimerais voir ce que vous feriez si vous étiez obligé comme moi de faire attention à tout ce que je mange chaque fois que je suis invitée à dîner chez des amis. C'est facile pour vous de donner des conseils.»

3b. Ou encore à ce patient ?

«Vous faites votre travail, c'est bien. Moi je me débats avec mes problèmes tous les jours et j'ai pas beaucoup de gratifications. Alors un kilo de plus ou de moins.»

3c. Et à celui-ci ?

«Je ne vois pas ce qui pourrait m'aider, ni vous ni personne. C'est trop tard, il n'y a plus grand-chose à faire ou à espérer. Et puis passer ma vie à prendre tous ces médicaments, je n'en vois vraiment pas l'intérêt, d'autant que vous voyez le résultat aujourd'hui.»

A propos d'efficacité personnelle

N'ayons pas peur des mots, il y a un peu de crainte à se dire qu'il faudrait intégrer la confiance en nos patients comme un principe relationnel. Que cette façon « outrageusement positiviste » de laisser au patient autonomie et responsabilité a des relents d'outre-Atlantique et ne saurait satisfaire notre manière habituelle de faire. Et si nous nous trompons ? Et si nos patients attendaient de nous de la confiance en eux et toujours l'espoir qu'ils y arriveront. Ne soyons pas avares de nos mots pour faire savoir notre confiance dans la capacité de l'autre à réussir et répétons-le lui. A l'usage, ce principe de soutien à l'efficacité personnelle nous semble un très bon principe.

A propos de divergence

La motivation au changement survient lorsque les gens perçoivent une contradiction entre ce qu'ils sont et ce qu'ils aimeraient être. Le travail motivationnel consiste à relever ces contradictions et à être le partenaire extérieur du dialogue intérieur que cette contradiction génère.

Essayez-vous-4 ^a

4a. Que diriez-vous à ce patient (en développant la divergence) ?

«Ce que je trouve le plus pénible avec la cigarette, c'est que je me rends bien compte que je ne peux pas m'en passer et que je dois toujours en avoir sur moi. Cette idée d'être dépendant de quelque chose m'agace car j'aime bien être libre. D'ailleurs dans la vie j'aime bien avoir le contrôle sur les choses qui me concernent.»

4b. Et à cette patiente ?

«Mon alcoolisme je l'ai toujours plutôt bien assumé jusqu'au jour où une de mes collaboratrices proches est venue me dire que depuis quelque temps je ne faisais plus face à mes responsabilités. L'idée de ne pas être responsable est directement contraire à ce que m'ont appris mes parents. Chez mes parents, assumer ses responsabilités a toujours été quelque chose de fondamental. M'imaginer ne plus être responsable dans mon travail m'est tout à fait intolérable.»

les outils de l'entretien motivationnel

Les outils de l'EM ne présentent aucune originalité a priori. Ils appartiennent au registre des entretiens centrés sur la personne tels que Carl Rogers a pu les décrire.

C'est la façon de les utiliser qui sera déterminante. Un peu comme un golfeur qui a le choix de son club, bois, fer ou putter en fonction du coup à jouer. Les quatre outils de l'EM se déclinent sous l'acronyme OUVÉR (OU : questions ouvertes ; V : valoriser ; E : écoute réflexive ; R : résumer ; [tableau 3](#)). L'articulation de ces outils créera le climat empathique, donnera confiance au patient, encouragera le changement, etc.⁸ Il y a donc deux choses importantes dans le maniement de ces outils : leur acquisition technique (comment faire ?) et leur utilisation (quand le faire ?). C'est cette dernière qui mérite apprentissage répété et supervision bienveillante.

Tableau 3. Les outils de l'entretien motivationnel (OUVER)

- Poser des questions OUvertes
- Valoriser
- Pratiquer l'Écoute réflexive
- Résumer

Poser des questions OUvertes

Poser des questions ouvertes permet au patient d'élaborer son problème et d'explorer l'ensemble de sa situation. Cela lui donne également le sentiment que vous cherchez à le comprendre.

D'une façon pratique, les questions ouvertes sont toutes les questions qui demandent une réponse faite de plusieurs mots, voire de plusieurs phrases. Elles s'opposent aux questions fermées qui provoquent des réponses courtes.

Essayez-vous-5 ^a

Dans la série de questions ci-dessous, transformez la question fermée en question ouverte en gardant le sens de la question.

- 5a. «Pensez-vous que vous aurez des problèmes pour équilibrer votre diabète ?»
- 5b. «Est-ce que votre santé vous inquiète ?»
- 5c. «Qu'aimeriez-vous faire pour perdre du poids : un régime ou de l'activité physique ?»
- 5d. «Ne pensez-vous pas que cela irait mieux si vous arrêtiez de fumer ?»
- 5e. «Ne serait-il pas important pour vous de donner du sens à votre vie ?»

Valoriser/soutenir

Les encouragements prodigués au patient pas tant sur le résultat que sur son engagement augmenteront son sentiment qu'il est compétent pour réussir le changement qu'il souhaite. Même quand la situation semble bien compromise, notre capacité à maintenir notre soutien et donc notre confiance continueront d'indiquer au patient que l'horizon n'est pas entièrement obstrué mais qu'il existe encore de l'espoir. Un peu à l'image de cette psychologue de formation psychanalytique qui a tellement apprécié les encouragements authentiques et répétés de son médecin lorsqu'elle a arrêté de fumer qu'elle en a fait son principal facteur de réussite. Les encouragements entretiennent l'espoir, ils sont nécessaires pour traverser les moments particulièrement difficiles. Les patients en ont besoin plus que de toutes autres choses.

Pratiquer l'Ecoute réflexive

L'écoute réflexive est sans doute l'outil le plus exigeant car le plus difficile à acquérir et à intégrer de façon usuelle dans sa pratique quotidienne. D'une efficacité remarquable, l'écoute réflexive engage le patient dans un dialogue avec lui-même que l'intervenant nourrit des propres dires du patient en choisissant les parties les plus à même d'encourager le changement, en explorant l'ambivalence, en développant les divergences ou encore en reflétant les sentiments du patient. C'est l'outil-même qui donne au patient le sentiment qu'il est compris et au soignant la possibilité de respecter le rythme d'élaboration et de changement du patient. C'est aussi grâce à cette manière de se positionner dans l'entretien que le soignant peut laisser parler le patient. Plus le patient parle, plus la probabilité qu'il soit acteur de son avenir augmente et plus la probabilité de changer se concrétise.

Essayez-vous-6 ^a

6a. Que diriez-vous à ce patient (en pratiquant l'écoute réflexive) ?

«Je n'imagine pas qu'un jour je pourrais me passer de la cigarette. Quand je rentre le soir chez moi, si je n'avais pas la possibilité de fumer une cigarette, je serais très nerveux.»

6b. Et à cette patiente ?

«J'aimerais bien être capable de me prendre en charge complètement et ne pas ennuyer ma famille avec mon diabète mais parfois je me sens si découragée que je ne peux pas m'empêcher de faire appel à eux et cela m'ennuie beaucoup.»

6c. A cette jeune patiente ?

«C'est dur de vivre avec le VIH. C'est tous les jours. Chaque fois que je rencontre un homme de mon âge, je ne peux m'empêcher de penser à cela, à ce que je devrais lui dire. Je crains sa réaction. La plupart des hommes sont partis dès que je leur ai dévoilé ma séropositivité. Maintenant je retarde le moment pour le dire et je n'aime pas ça non plus.»

Résumer

C'est une respiration dans l'entretien, une manière de faire le point pour intégrer ce qui a été dit. Le résumé assure les transitions, rassemble les informations ou donne une logique à ce qui a été partagé. Puisque c'est une respiration, son utilisation doit être régulière et relativement fréquente. Le résumé peut reprendre des éléments jugés pertinents, il peut clore une partie de l'entretien ou encore il peut inscrire un sens, une logique aux propos du patient.

conclusion

Nous souhaitons souvent les changements de comportement de nos patients parce que nous sommes des soignants et que nous voulons fondamentalement le bien pour eux. Parfois malgré eux. Notre style est un facteur déterminant de changement et c'est dans cette responsabilité partagée que nous guiderons nos patients vers les changements qu'ils souhaitent. La pratique de l'EM apporte du plaisir et de la satisfaction lors des entretiens lorsqu'on assiste «en direct» à la réflexion du patient et à l'élaboration autour de ses difficultés. Notre patience dans l'apprentissage de cette pratique nous conduira aussi à respecter le rythme du patient, antienne connue mais si difficile à maîtriser. Mark Twain aura le mot de la fin : «Pour perdre une habitude, il ne suffit pas de la jeter par la fenêtre, il faut lui faire descendre les escaliers marche après marche.»

a A la fin de cet article, nous vous faisons des propositions de réponses en les justifiant à partir du modèle de l'EM.

Annexe 1 La surprise promise : un prix à gagner !

Nous vous proposons de continuer le dialogue ci-dessous par au moins vingt répliques du médecin et vingt répliques du patient. Les répliques doivent être en phase avec l'esprit, les principes et les outils de l'entretien motivationnel. Envoyez votre proposition à pascal.gache@hcuge.ch. Les auteurs de cet article choisiront la meilleure proposition et le gagnant recevra en cadeau le livre traduit en français de Miller et Rollnick : «Pratiquer l'entretien motivationnel».

A vous de jouer !

Cabinet de médecine générale du Dr ou la Dresse Omyeux : Monsieur Jésite, 48 ans, est un patient connu du médecin. Il est suivi pour une HTA traitée par un IEC. Il souffre d'un surpoids (86 kg pour 1,75 m soit un BMI à 28). Il avait arrêté de fumer mais a repris la cigarette il y a un an à la suite de difficultés professionnelles. Vous pouvez inventer le reste dans votre dialogue.

Monsieur Jésite : Ecoutez, docteur, j'ai bien réfléchi depuis ma dernière consultation, je pense que je vais essayer de faire un effort et perdre quelques kilos. Je pense que cela ne devrait pas me faire de mal et dans le même temps je vais me remettre au vélo. Enfin je vais essayer. Il y a tellement longtemps que je ne suis pas monté sur une bicyclette. J'ai un peu peur de ne pas arriver à faire tout ça. Ca fait tellement longtemps que je repousse la décision.

Docteur Omyeux : Vous voulez perdre un peu de poids et faire de l'activité physique et en même temps vous craignez de ne pas y arriver.

Monsieur Jésite : Oui c'est ça. D'un côté j'ai très envie et de l'autre j'ai très peur. Je ne sais pas si vous comprenez ce que cela veut dire.

Docteur Omyeux : Ce que vous dites, c'est que vous êtes comme pris entre deux choses : vouloir entreprendre quelque chose de bien pour vous et de l'autre côté être dans la crainte de le faire.

Monsieur Jésite : Enfin, si je regarde ma situation avec lucidité je ne devrais pas trop me poser de questions et foncer mais voilà ce n'est pas si simple.

Docteur Omyeux : Pas si simple, dites-vous.

Monsieur Jésite : Oui car vous voyez... (C'est à vous maintenant)

Annexe 2. Propositions de réponses aux différents exercices

- 1a. Dans cette phrase où l'ambivalence domine, on peut soit pratiquer l'écoute réflexive, soit interroger le patient sur ses désirs.
«D'un côté vous pensez que vous devriez perdre du poids et de l'autre l'idée de recommencer vous est assez lointaine d'autant que votre poids ne vous embête pas trop pour le moment.»
Ou alors : «Vous dites que vous devriez maigrir. Quels avantages en tireriez-vous aujourd'hui?»
- 1b. Cette patiente nourrit sans doute de la culpabilité mais ne voit pas comment franchir le pas. On peut mettre l'accent sur la conscience des risques en respectant l'ambivalence.
«Vous êtes parfaitement consciente des risques de fumer quand on est enceinte et en même temps vous ne voyez pas comment prendre la décision d'arrêter en ce moment.»
- 2a. Cette patiente exprime de la culpabilité et du découragement. Le soignant peut montrer qu'il comprend les sentiments exprimés par la patiente.
«Je vois que vous vous sentez coupable de n'avoir pas fait ce que vous souhaitiez et cela vous décourage beaucoup de vous retrouver dans cette situation.»
- 2b. Il y a de la colère chez cette jeune fille qui exprime un sentiment d'injustice.
«Tu trouves que c'est injuste ce qui t'arrive. Non seulement tu n'as pas l'impression que fumer aggrave ton asthme et en plus même si tu te retiens, tu fais quand même des crises.»
- 3a. Cette patiente pense que le médecin ne la comprend pas et lui renvoie ce sentiment agressivement.
«Vous êtes fâchée parce que vous avez le sentiment que je ne vois pas tous les efforts que ça représente de vivre avec cette maladie. Vous vous demandez même si je serais aussi courageuse que vous à votre place.»
- 3b. Ce patient est découragé par sa situation et son sentiment d'être incompris par son médecin.
«Vous aimeriez que je reconnaisse mieux vos efforts, vous vous sentiriez moins découragé, j'imagine.»
- 3c. Ce patient ne voit pas très bien comment avancer dans sa situation. Rien ne semble être valable à ses yeux.
«Vous vous demandez à quoi peut bien servir de faire des efforts parce que pour le moment, malgré vos efforts, les résultats tardent à venir.»
- 4a. Ce patient aime avoir le contrôle de sa vie et se sentir libre et lorsqu'il fume, il a le sentiment que c'est la cigarette qui le contrôle.
«L'idée d'être un homme libre qui a du contrôle sur sa vie est bien malmenée chaque fois que vous fumez et ça vous agace de vivre cela.»
- 4b. Ce patient ne supporte pas qu'une valeur transmise par ses parents, le sens des responsabilités, soit mise en cause par son alcoolisme.
«Prendre ses responsabilités est si essentiel pour vous que l'idée de faillir à cela vous est insupportable, ce serait un peu comme trahir vos parents et les valeurs qu'ils vous ont transmises.»
- 5a. «Quels problèmes pourriez-vous rencontrer pour équilibrer votre diabète?»
- 5b. «Qu'est-ce qui vous inquiète dans votre santé?»
- 5c. «Qu'aimeriez-vous faire pour perdre du poids?»
- 5d. «Quels avantages auriez-vous à arrêter de fumer?»
- 5e. «Quel sens aimeriez-vous donner à votre vie?»
- 6a. Ce patient a du mal à imaginer sa vie sans cigarettes. Dans cette situation, on peut prendre le parti de forcer un peu le trait lors de l'écoute réflexive. Cela amènera le patient à nuancer ensuite son propos.
«Ce que vous dites, c'est qu'il n'y a que la cigarette qui vous détende en rentrant du travail.»
- 6b. Cette patiente revendique son autonomie et vit assez mal ses échecs pour y parvenir.
«Vous avez envie d'être autonome parce que vous n'aimez pas solliciter votre famille. Parfois, votre diabète vous décourage tant que vous demandez de l'aide à votre famille et cela vous ennuie beaucoup parce que votre but c'est d'être complètement autonome malgré cette maladie.»
- 6c. C'est encore le sentiment d'injustice qui domine dans le propos de cette patiente en raison des efforts qu'elle fait pour sa vie affective.
«C'est dur d'être authentique lorsqu'on est séropositive, car on est jugé seulement sur cet aspect-là et le reste ne compte plus. Pour augmenter vos chances d'être acceptée vous êtes même obligée de faire des choses que vous n'aimez pas forcément.»

Bibliographie : 1 Joule RV, Beauvois JL. Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens. Grenoble : PUG, 2002;288 p. 2 Hetterma J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing : A meta-analysis. Ann Rev Clin Psychol 2005; 1:91-111. 3 * Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. Montréal : ERPI, 2005;840 p. 4 ** Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. New York : the Guilford Press, 2002;428 p. 5 ** Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behaviour change. Londres : Churchill Livingstone, 1999;225 p. 6 ** Miller WR, Rollnick S. Pratiquer l'entretien motivationnel. Paris : Dunod, 2006;241 p. 7 Berdoz D, Conus MK, Daeppen JB. «Combien de fois il faut que je vous dise...». Quelques pistes données par l'entretien motivationnel. Rev Med Suisse 2005;1: 2453-6. 8 Lecallier D, Michaud P. L'entretien motivationnel : une évolution radicale de la relation thérapeutique. Alcoolologie et Addictologie 2004;26:129-32. * à lire ** à lire absolument

Cet article vient de la Revue Médicale Suisse

www.medhyg.ch

L'adresse de cet article est :

www.medhyg.ch/formation/article.php3?sid=31657