

La conduite d'un entretien motivationnel avec des patients diabétiques

Manuel d'appui

conçu et rédigé par
Catherine Tourette-Turgis, PhD
Maître de conférences, UPMC (Paris VI)
Co-fondatrice de COMMENT DIRE

Septembre 2010

Ce manuel pratique a été construit à l'issue d'une formation à l'entretien motivationnel animée par COMMENT DIRE à la demande du **réseau diabète obésité de Lille** (RDOML) et du réseau **Prevart** de Béthune. La formation et le manuel ont été réalisés grâce au soutien financier de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) du Nord- Pas de Calais- Picardie.



La conduite d'un entretien motivationnel avec des patients diabétiques

-

Manuel d'appui

conçu et rédigé par
Catherine Tourette-Turgis, PhD
Maître de conférences, UPMC (Paris VI)
Co-fondatrice de COMMENT DIRE

Septembre 2010

© Comment Dire, 2010.

Sommaire

I. Contexte de rédaction du manuel	2
II. Les principes de base de l'entretien motivationnel dans le diabète : définitions et modalités de fonctionnement	3
1. L'entretien motivationnel (EM), qu'est-ce que c'est ?	3
2. Dans l'EM, comment est envisagé le changement ?	4
3. Dans l'EM, comment est abordé le changement ?	7
4. L'EM, quand le pratiquer ?	10
5. L'EM par l'exemple	11
a. Étude de cas	11
b. Script d'une séquence de l'entretien	11
c. Analyse de la séquence	12
d. Comment pourrait-on modifier le cours de cette consultation ?	13
III. Les bases de l'entretien motivationnel dans votre pratique	16
1. Construire une alliance de travail particulière à l'EM et aux maladies chroniques notamment le diabète.	16
2. Faire usage de techniques qui aide à prendre en compte la perspective du patient.	17
3. Utiliser les postulats de base de l'EM.	19
4. Repérer le degré de préparation au changement du patient	21
5. S'approprier les postulats de l'EM	22
IV. La problématique de l'observance thérapeutique du point de vue de l'entretien motivationnel	25
1. Notre vision de l'observance thérapeutique	26
2. Les postulats de MOTHIV	26
V. Consultation d'aide à l'observance en utilisant l'entretien motivationnel : Outils simples et points de repères pour la pratique.	29
1. Points de repères pour la pratique	29
2. L'observance thérapeutique médicamenteuse: écouter les difficultés des patients d'avec les outils de l'EM	36
3. Les étapes dans la conduite d'un entretien motivationnel	38
Conclusion	40
Références bibliographiques	41

I. Contexte de rédaction de ce manuel

Ce manuel fait suite à une formation de cinq jours à l'entretien motivationnel.

La formation a été conçue pour 30 professionnels de la santé à la demande des deux réseaux dont ils sont membres : le réseau diabète obésité de Lille et le réseau Prévert de Béthune.

Au cours de ces journées, les formateurs ont essayé de partager avec le groupe en formation leur vision de l'approche motivationnelle qui, au-delà d'une simple technique, est une méthode et un style d'intervention. L'entretien motivationnel (EM) vise à aider le patient à construire, renforcer ou maintenir sa motivation au changement.

Les formatrices ont proposé aux participants des activités leur permettant d'entrer dans l'univers de l'EM et de s'approprier cette nouvelle façon de travailler afin de la développer avec leurs patients atteints de diabète.

Dans le diabète, les changements à introduire par le patient dans sa vie sont de différents ordres et nous avons choisi de les aborder comme un changement global portant sur la prise de médicaments et le suivi des recommandations médicales de modifications de style de vie, ces dernières comptant pour une part importante dans le traitement du diabète. Elles exigent une réflexion sur le concept de changement et une mise en œuvre pratique de ce concept.

II. Les principes de base de l'entretien motivationnel dans le diabète : définitions et modalités de fonctionnement

1. L'entretien motivationnel (EM), qu'est-ce que c'est ?

L'EM est un entretien guidé qui est centré sur la personne et qui vise à renforcer sa motivation intrinsèque au changement. Le professionnel, avec l'accord de la personne, l'accompagne à travers toutes les étapes du changement en respectant sa liberté et son propre rythme. Il est adapté pour des personnes confrontées à un changement plus ou moins inévitable dans leur vie et qui concerne leur santé. Il s'adresse en particulier aux personnes pour lesquelles ces changements sont difficiles à réaliser, réussir et maintenir dans le temps. L'EM ne s'adresse pas aux personnes qui n'ont aucune difficulté à s'engager dans le changement.

L'EM est un ensemble d'attitudes, une méthode et des techniques d'intervention qui forment un tout indissociable. Il est fondé sur un style d'intervention privilégiant l'empathie et la réduction des attitudes discordantes de l'intervenant par rapport au stade motivationnel de la personne. Son apprentissage ressemble à celui d'un instrument de musique ou d'un sport complexe. Il nécessite un entraînement régulier et une consolidation des acquis par le biais d'un accompagnement, d'un coaching ou d'une supervision.

Les consultations d'entretien motivationnel sont des consultations centrées sur une approche à la fois empathique et guidée. Ce ne sont pas des consultations médicales ou para médicales habituelles, même s'il peut arriver au cours d'un entretien motivationnel de donner une information médicale.

La pratique de l'EM répond d'abord à la problématique d'un changement à aborder.

L'EM a démontré son efficacité dans les pratiques d'accompagnement en prouvant que l'absence de motivation ne pouvait être, en aucun cas, un motif d'exclusion des systèmes d'accès au soin et de prise en charge.

2. Dans l'entretien motivationnel (EM), comment est envisagé le changement ?

Dans l'EM, le changement est considéré comme un processus qui a sa propre indépendance, son propre rythme et il faut réussir à l'apprivoiser en tant que tel. Il s'agit donc pour les praticiens, dans la conduite d'entretiens motivationnels, d'explorer l'ambivalence face au changement, de susciter et de reconnaître le discours changement, d'accompagner le patient à chaque étape, en incluant les rechutes considérées dans l'EM comme des essais.

Si un patient résiste au changement, il faut faire l'hypothèse que nous sommes aussi, de par nos méthodes, des déclencheurs de sa résistance au changement. Une personne ne décide pas de s'engager dans des changements si elle est dirigée ou conseillée par des gens qui pensent à sa place, qui lui disent ce qu'il faut faire, qui ne croient pas en elle et qui ne cherchent pas à comprendre son monde de son point de vue.

Nous savons que ce n'est pas facile d'accompagner une personne dans le changement car on ne sait pas trop comment s'y prendre. Cependant un des apports spécifiques de l'entretien motivationnel consiste à dire que le changement se conçoit dans certaines conditions dont les suivantes :

- ✓ **La confiance, l'espoir facilitent le changement, la confiance en soi**, le sentiment qu'on va réaliser les objectifs qu'on se fixe soi-même mais aussi la croyance des autres dans nos capacités.
- ✓ **Le degré d'empathie de l'aidant** est un facteur de réussite dans les succès thérapeutiques et Carl Rogers (1902-1987) avait déjà isolé ce facteur dans les succès de la relation d'aide.
- ✓ **La présence du discours changement chez la personne**. Plus une personne développe un discours de résistance au changement, moins elle peut s'engager dans le changement, mais ce qui est nouveau, c'est qu'il est désormais démontré que certains styles relationnels, pédagogiques provoquent ou augmentent la résistance au changement. Donc, les aidants et

les soignants peuvent eux-mêmes contribuer aux difficultés de changement de leurs clients.

- ✓ **La croissance est un phénomène naturel de changement**, souvent bloqué, il en va de même de l'apprentissage, de l'adaptabilité, de l'usage des stratégies d'ajustement aux événements de la vie, de la mobilité, de la poursuite du développement personnel tout au long de la vie.
- ✓ **La résistance au changement ne dépend donc pas de l'individu seulement.** Elle est le produit d'une interaction, d'un environnement qui facilite ou qui bloque.
- ✓ **Ce que disent les gens du changement est prédictif du changement**, ceux qui argumentent contre le changement avancent moins vite que ceux qui développent un haut degré de motivation au changement.

Le concept clef de l'EM est donc le concept de motivation qui nécessite la réunion de trois conditions : avoir envie, se sentir capable, être prêt.

- ✓ L'envie, c'est l'importance accordée au changement.
- ✓ La confiance dans ses capacités, c'est l'énergie.
- ✓ Être prêt, c'est lorsque le changement devient sa propre priorité !

En quoi tout cela dépend-il de la relation d'aide qu'on nous propose, et du style d'intervention ? En général, on se pose la mauvaise question qui est : *Pourquoi cette personne n'est-elle pas motivée ?* alors que la bonne question est : *Pour quelles raisons cette personne pourrait être motivée pour ou par X ou Y ?* Et de surcroît, on apporte des mauvaises réponses à ces deux questions, comme la peur de la mort, la menace, le danger, la punition. Non, ce ne sont pas là des raisons suffisantes pour susciter le désir de s'engager dans le changement. Au contraire, cela punit un comportement jugé déviant ! En forçant à boire l'âne qui n'a pas soif, on risque de se faire mordre ou de créer chez lui un comportement d'évitement dès qu'on s'approchera de lui avec un seau d'eau. Un petit enfant qu'on force à manger, dès qu'il sait recracher, recrache ce qu'on vient de lui mettre dans la bouche et surtout

dès qu'il grandit, il sait comment s'opposer à l'adulte qui s'occupe de lui : refuser de manger ! Si on sait lui présenter les choses, créer un climat empathique, le faire rire, voilà que cet enfant qui refusait de manger finit son plat avec plaisir. Comment expliquer ce changement si rapide ? Le bébé et le jeune enfant sont des exemples merveilleux pour comprendre la nature de l'interaction suscitant le changement tel qu'on l'entend dans l'entretien motivationnel !

Plutôt que de se centrer sur la raison qu'oppose une personne à un changement souhaité par son entourage ou l'équipe de soin, il veut mieux se centrer sur ce qu'elle désire pour elle. Le changement n'est qu'un moyen d'atteindre ou de préserver quelque chose d'important pour elle. Donc, l'esprit ne consiste pas à se centrer sur le changement à obtenir à tout prix, ce à quoi la personne va résister, mais d'explorer avec elle ce qu'elle désire pour elle.

En termes de santé, si la personne se sent obligée de suivre une prescription sans avoir son mot à dire, ni aucune autre option, elle risque fort de ne pas avoir envie de changer quoi que ce soit. De même, si elle ne parvient pas à introduire de changements chaque fois qu'elle essaie de faire plaisir à son médecin ou de suivre les recommandations médicales, ou encore si elle conçoit le changement comme un but en soi, et non comme un moyen, pour réaliser quelque chose qu'elle désire atteindre, elle risque alors de devenir résistante au changement. On ne recommence pas à l'infini des choses qu'on n'arrive pas à réaliser jusqu'au bout... On perd confiance en soi et aussi dans ceux qui nous prescrivent le changement car ils nous font échouer.

3. Dans l'entretien motivationnel (EM), comment est abordé le changement ?

La manière de faire, telle que proposée par l'EM, est nouvelle. C'est au patient d'exprimer les arguments en faveur du changement et non au soignant d'essayer de faire le plaidoyer pour le changement. Il faut travailler à l'envers, c'est-à-dire se centrer d'abord sur la personne et non sur le changement à effectuer, se centrer sur ses préoccupations et ses intérêts actuels. Cela implique de commencer d'abord par explorer les objectifs de la personne en termes de prise en charge de sa vie, de sa

santé, de son diabète, comme on le fait par exemple en addictologie en posant la question : *Quels sont vos objectifs en termes de consommation d'alcool ?*

Face à un patient diabétique, la question serait celle-ci : *Quelles sont vos préoccupations actuelles prioritaires ?* Ou encore : *Quelles sont vos raisons pour désirer un changement ou quelles pourraient être vos raisons pour désirer changer quoi que ce soit à votre style de vie, votre alimentation ?* Ou bien encore : *Quelles pourraient être vos motivations pour vous occuper de votre diabète et désirer changer quelque chose par rapport à cela ?*

Là, et seulement à partir de là, les deux partenaires de la relation d'aide peuvent commencer un travail de collaboration en explorant par exemple de manière prioritaire l'ambivalence. En effet, l'ambivalence non explorée représente un point de blocage face au désir de changement.

Mais avant toute chose, l'EM consiste à créer un climat relationnel et une interaction fondés sur :

a. l'empathie : accepter de partir de là où la personne en est, tenter de comprendre son univers de son point de vue et non d'un autre (là où nous voyons le désastre, nous le créons dans le regard que l'on porte sur autrui), voir l'autre comme une personne libre, autonome, bloquée peut-être dans une situation qui l'empêche de s'autoriser à penser et à désirer le changement.

b. l'aide à la perception par la personne de ses propres raisons à désirer le changement : c'est ce qu'on appelle l'amplification de la divergence entre ce que vit la personne et ses propres objectifs. Aider la personne à voir en quoi son comportement est en conflit avec ses buts et ses valeurs dans sa propre vie. Ce n'est que lorsque cette divergence sera perçue et reconnue par la personne comme étant énorme, qu'advient chez elle le désir de modifier son comportement (ex : en addictologie, détérioration de la qualité de vie, souffrance à propos du comportement addictif).

c. l'acceptation des allers et retours dans le désir de changement : on ne change pas en un jour, on avance et on recule face au changement et notre désir de changement n'est pas fixé à tout jamais, il oscille entre des envies et des peurs, des désirs et des doutes, des certitudes et des retournements, l'entretien motivationnel accepte voire accompagner les allers et les retours en suivant le patient, on suit ces mouvements de balanciers et dans ces accompagnements qu'on sent ensemble avec la personne quand le curseur est mis sur le démarrage possible de quelque chose.

d. le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle. La personne a besoin de penser qu'elle va y arriver, elle a besoin d'une aide collaborative. Pour cela elle doit penser qu'elle va arriver à réaliser le changement qu'elle a entrepris.

Ce que l'entretien motivationnel n'est pas

- . L'entretien motivationnel n'est pas une méthode de persuasion ou d'influence.
- . Il n'est pas réductible à l'utilisation de certains outils attractifs comme la balance décisionnelle (Janis et Man, 1977) ou la roue du changement (Prochaska, 1984).
- . Il ne s'agit pas d'apprendre au patient quoi que ce soit qui lui fasse défaut ou de corriger ses croyances. Il s'agit au contraire de travailler avec ce qui est déjà là et d'aborder ce que nous amène le patient sans jugement et sans préjugés.
- . Il n'est pas seulement une approche centrée sur le client de type rogérienne, il est aussi centré sur l'atteinte d'un objectif ou une décision à prendre, comme c'est le cas dans les lieux de soin.
- . Il n'est pas une psychothérapie et cette approche se déroule sur quelques heures et est particulièrement adaptée à certains moments dans le trajet de soin du patient notamment quand ce dernier a besoin de s'engager dans un changement pour des raisons de santé ou ponctuellement a besoin de se préparer à la prise d'un nouveau traitement.

4. L'entretien motivationnel (EM), quand le pratiquer ?

Votre formation vous a donné l'esprit de l'entretien motivationnel, vous avez sûrement adhéré à certains de ses principes philosophiques mais pas forcément à tous. En même temps, on ne peut pas pratiquer l'entretien motivationnel tous les jours. Pourquoi ? Parce que l'entretien motivationnel est indiqué dans certaines situations plutôt que d'autres.

Par exemple, si une personne est prête à changer, a tout prévu et se sent engagée dans le changement, il est effectivement inutile d'explorer à nouveau les avantages et les inconvénients qu'elle perçoit dans le changement et vous n'avez pas besoin d'utiliser la balance décisionnelle. Cela risque de l'énerver et de lui faire perdre son temps.

Par ailleurs, si vous voyez un patient pour la première fois et que vous avez beaucoup de données à recueillir, vous n'aurez ni le temps ni le contexte favorable pour conduire un entretien motivationnel.

On voit donc que plusieurs conditions sont nécessaires pour conduire un entretien motivationnel comme :

- ✓ le besoin pour une personne de devoir changer quelque chose dans sa vie pour des raisons de santé et ne pas se sentir prêt à le faire tout seul,
- ✓ la possibilité pour vous de bénéficier d'un temps suffisant de 30 minutes pour pouvoir le faire sans avoir trop d'actions à conduire en même temps comme la collecte d'informations ou un interrogatoire médical précis à visée de diagnostic médical,
- ✓ la possibilité de proposer ce type d'entretien au patient en tenant compte des autres propositions qui pourraient lui être faites.

L'entretien motivationnel est indiqué dans les situations thérapeutiques dans lesquelles le soignant et le patient conviennent qu'ils sont dans une situation clinique nécessitant de la part du patient un changement à effectuer dans sa vie pour des raisons de santé comme par exemple prendre son traitement, perdre du poids, faire de l'exercice, modifier ses habitudes alimentaires. Ils conviennent tous les deux que ce changement n'est pas facile à entreprendre et sont d'accord pour aborder les difficultés rencontrées face au changement, à la fois par le soignant et le patient. Ils se mettent d'accord sur un comportement cible dans le cadre d'un entretien bref de 20 à 30 minutes pour aborder la question à traiter.

5. L'entretien motivationnel par l'exemple

a. Étude de cas :

Un homme âgé de 55 ans, ayant un diabète de type 2 diagnostiqué il y a 10 ans, est actuellement sous insuline et Metformine. Ses résultats biologiques ne sont pas satisfaisants. Bien qu'il ait perdu 12 kg dans les mois qui ont suivi la découverte de son diabète, il les a vite regagnés et il continue à prendre du poids. Il fume, ne fait pas d'exercice physique. Il vient voir son médecin une fois tous les six mois depuis trois ans. La consultation se passe toujours de la même manière depuis plusieurs années et se déroule plus ou moins selon le script ci-après.

b. Script d'une séquence de l'entretien

Médecin : Alors, comment cela va avec votre diabète ?

Patient : Cela va, pas de problèmes

Médecin : D'accord, vous vous souvenez qu'on a parlé de quelque chose la dernière fois qu'on s'est vus ? Est-ce que vous continuez à fumer ?

Patient : Oui. Je n'ai jamais pu envisager d'arrêter. J'ai trop de soucis en ce moment et en fait je ne veux vraiment pas renoncer.

Médecin : D'accord, ce n'est probablement pas le moment d'en reparler aujourd'hui, mais il va falloir y penser sérieusement. Comment cela va avec votre poids ? Je vois que vous avez pris trois kilos depuis la dernière fois.

Patient : Je ne comprends pas, j'ai fait tout ce que le diététicien m'a dit de faire et cela ne fait aucune différence. Je vous en prie, ne me demandez pas d'en faire encore plus. La vie ne vaut pas la peine d'être vécue dans ces conditions. *Je ne vois pas ce que je peux faire d'autre, franchement...* Mon diabète, il va bien... en fait, je n'ai plus de vie et cela ne vaut pas le coup.

Médecin : On peut voir cela comme cela, mais votre diabète n'est pas du tout bien contrôlé et on a besoin de penser comment on pourrait mieux le contrôler. Qu'est-ce que vous penseriez d'augmenter votre activité physique ?

Patient : Vous me l'avez déjà dit la dernière fois. Franchement, je n'ai pas le temps. Je travaille beaucoup et quand je rentre à la maison, et que je me repose un peu, c'est déjà l'heure d'aller me coucher.

Médecin : L'activité physique vous ferait un bien fou, à la fois pour votre diabète et pour votre risque cardiovasculaire. Vous êtes sûr que vous ne pouvez pas faire un peu d'activité physique ?

Patient : Je marche beaucoup au travail, je ne pense pas que j'ai besoin d'en faire plus.

Médecin : Bon, alors il va falloir qu'on augmente votre insuline parce qu'en ce moment votre niveau de sucre dans le sang est trop haut

Patient : Mais vous l'avez déjà augmentée la dernière fois et cela n'a rien fait, en fait si, cela me donne plus faim. Vous pourriez peut-être essayer autre chose ?

c. Analyse de la séquence

Cette consultation est éprouvante pour le patient et pour le médecin. Le patient a l'impression qu'il n'apprend rien de plus, que rien ne bouge et que c'est au médecin de trouver une autre solution. Au fil de l'entretien, il s'est enfermé sur ses positions négatives : la vie ne vaut pas d'être vécue, il ne veut pas en faire plus, il en fait déjà assez et en plus pour rien car il ne s'améliore pas.

Le médecin a pour sa part l'impression que ce qu'il dit ne sert à rien et qu'il n'y a pas de solution pour ce patient à qui il répète à chaque consultation ce qu'il faut faire sans aucun résultat. Il voit bien que le patient résiste mais il ne sait pas comment reprendre les choses ni comment relancer le patient sur une autre voie que celle de la résistance au changement. Il est épuisé et déçu à la fin de la consultation, il a presque envie de dire au patient : « *Écoutez, je vous ai dit et répété tout ce que vous devez faire, je ne peux pas en faire plus, vous faites comme si j'avais un traitement miracle à vous proposer.* » Les médecins diabétologues éprouvent souvent ce sentiment d'impuissance proche de la colère à la fin de ce type d'entretien où ils ont l'impression qu'ils ont tourné en rond.

d. Comment pourrait-on modifier le cours de cette consultation ?

- ✓ **Renoncer à toute tentative de persuasion du patient.** Dans cet entretien, même si le médecin de par son expérience sait que cela ne sert à rien, c'est plus fort que lui, il essaie pour la énième fois de convaincre et de persuader son patient de la nécessité d'un changement et plus il essaie plus le patient **résiste**. Il se sent obligé, vu les résultats du patient, d'intervenir. Mais du coup, plus le médecin pousse le patient vers quelque chose, plus le patient résiste. On a même l'impression qu'entre le début et la fin de l'entretien, le patient a reculé dans sa motivation au changement et qu'il se sent obligé de dire : *non je ne pense pas que j'ai besoin d'en faire plus* alors que quelques minutes avant il était seulement au stade : *non je ne vois pas ce que je peux faire de plus*. Il est ici important de comprendre que la résistance, qui fait partie de la plupart des consultations, n'appartient ni au praticien ni au patient. Elle est le résultat d'une interaction. Elle peut être le résultat comme ici d'une tentative du médecin de tenter de persuader le patient du bien fondé à commencer à faire un peu d'exercices. Elle peut être aussi le résultat du conflit interne exprimé par le patient quand il dit que sa vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

- ✓ **Partir de ce que le patient nous dit et s'arrêter sur ce qu'il nous dit plutôt qu'essayer de lui répéter les choses.** En fait, le médecin ne s'est pas arrêté sur ce que le patient lui dit parce qu'il ne possède ni les outils ni les techniques pour

le faire. Il reste dans ses propres limites et les défend, ce qui est normal. Donc, petit à petit, par manque d'outils adaptés à ces situations, il ne va pas pouvoir faire autre chose que répéter ce qu'il a déjà dit au patient au cours des consultations précédentes. Il ne veut pas forcément faire cela mais il n'a pas les outils pour faire autrement et les résultats bio cliniques du patient l'inquiètent.

- ✓ **Travailler avec la résistance et l'ambivalence.** Lorsqu'on évoque la résistance dans l'approche motivationnelle, il ne s'agit pas d'une critique mais d'une étape incontournable dans le changement. Cette étape vise à résister à ce dernier lorsqu'on ne s'estime pas prêt à l'entamer, pas capable ou que l'on n'en perçoit pas l'intérêt mais plutôt les inconvénients. La résistance doit donc être considérée avec beaucoup d'intérêt et d'attention, c'est une étape normale dans toute situation d'entretien à visée d'aide, de soin ou d'éducation. Le plus important est d'apprendre à identifier, repérer et ensuite pouvoir travailler avec la résistance ou encore la réduire si on la provoque par nos interventions. Le conflit interne ressenti par toute personne, lorsqu'on aborde son style de vie, est normal car cela revient à mettre en question des habitudes, des plaisirs, des organisations et des ajustements. Dans le cas du patient, on peut dire qu'il se sent peut-être sur une balançoire où il ne cesse d'osciller entre deux positions qui pourraient prendre la forme suivante : *« Je sais que cela serait bien que j'arrête de fumer pour réduire mon risque cardio-vasculaire et il n'y a pas que mon médecin qui me l'a dit, je le sais bien, je suis assez informé »* mais *« je ne pense pas être capable d'y arriver, comment je vais faire, que va devenir ma qualité de vie si on m'enlève cela aussi, cela va me manquer et je vais rechuter à la moindre occasion ou le moindre coup de blues. »* La résistance est souvent la manifestation de ce type d'ambivalence. Le patient a l'impression qu'il doit renoncer successivement à tous les plaisirs de la vie, alors il résiste avec le tabac et on peut se demander s'il n'aurait pas fallu commencer par l'aider à arrêter le tabac avant de lui dire de faire de l'exercice. Par exemple, chez les femmes, souvent quand elles arrêtent de fumer, elles se mettent à l'exercice car elles ne désirent pas prendre de poids, et du coup un comportement soutient l'autre. L'ambivalence et la résistance face aux changements de style de vie, quand il s'agit de plaisirs ressentis ou de plaisirs compensateurs, doivent aussi être

pensées dans une perspective rarement abordée, celle que nous désignons comme la solidarité des comportements.

III. Les bases de l'entretien motivationnel dans votre pratique

1. Construire une alliance de travail particulière à l'entretien motivationnel et aux maladies chroniques notamment le diabète.

La réussite de l'approche motivationnelle dépend en grande partie du type de relation particulière et difficile à construire dans la pratique du soin et de l'éducation. Il s'agit d'une relation où de fait la réussite du soin ou de l'apprentissage dépend grandement de la participation volontaire du patient ou de l'apprenant et donc d'un type de partenariat entre le soignant et le patient. Patient et soignant partagent le même effort pour atteindre le changement et la réussite dans des situations où le changement est difficile à réaliser car il touche aux habitudes de vie très difficiles à modifier ou à maintenir dans la durée.

Cela nécessite d'explorer avec le patient, sans qu'il se sente seul dans l'affaire, les difficultés qu'il rencontre à l'adoption d'un nouveau mode de vie. Ces difficultés ne peuvent être abordées que dans un climat de confiance, sans jugement. On ne confie pas ses difficultés à quelqu'un qui nous juge, au contraire, on les cache. Cette alliance de travail doit commencer dès les premiers instants de l'entretien, le patient doit être certain et il doit sentir d'emblée que la personne qui le reçoit est là pour collaborer et non pas pour exposer. Cette attitude n'est pas contradictoire avec la position d'expert, au contraire, le patient ou tout apprenant veut un expert en face de lui mais ils veulent un expert qui comprend, qui écoute et qui met son expertise au service de ceux qui ne savent pas comment faire sont perdus... n'y arrivent pas... et désespèrent d'y arriver un jour.

Par exemple, dans le cas du script d'entretien présenté dans le paragraphe II.5.b., quand le patient dit : « *Je ne comprends pas, j'ai fait tout ce que le diététicien m'a dit de faire et cela ne fait aucune différence. Je vous en prie, ne me demandez pas d'en faire encore plus* », il nous dit son sentiment d'échec, l'impression qu'il a fait des efforts pour rien et surtout il nous montre qu'il ne pense pas que le médecin puisse faire alliance avec lui, il le prévient que ce n'est pas le moment de lui demander quelque chose. On peut donc dire que même si les deux le souhaitent, cette

expression du patient montre qu'ils n'ont pas encore établi d'alliance de travail, or ils se voient depuis trois ans. Vraisemblablement, le patient comme le médecin sont figés dans un scénario qui ne bouge plus où chacun essaie de persuader l'autre de quelque chose qu'il ne désire pas entreprendre. Le médecin veut persuader le patient d'arrêter de fumer et de faire de l'exercice, le patient veut persuader le médecin que tout ce qu'il fait et propose ne sert à rien et même plus empire les choses.

Ce qu'il est important de faire, c'est d'adopter un certain degré d'empathie avec le patient et voir le monde selon ses perspectives et non pas selon une perspective d'emblée posée comme étant la seule juste quand bien même elle le serait. Cela suppose une modification de positionnement de la part des soignants qui doivent partir de là où en sont leurs patients et non pas de là où ils devraient arriver. Le but est bien évidemment la santé mais comment y parvenir sans y intégrer la perspective et le point de vue de celui à qui appartient cette santé, celle du patient.

2. Faire usage de techniques qui aide à prendre en compte la perspective du patient.

Les principales techniques à utiliser sont la question ouverte, la reformulation et le résumé.

La question ouverte est une question qui ne réduit pas la réponse à un oui ou à un non.

Exemple : Comment vous vous sentez aujourd'hui ? Qu'est ce qui est le plus difficile à suivre ou à faire dans votre vie de tous les jours pour contrôler votre diabète ? Par quoi préféreriez-vous commencer arrêter de fumer, faire un peu d'exercice ou modifier vos habitudes alimentaires ?

Elle est suivie **d'une reformulation** ce qui signifie que le médecin avant de passer à autre chose ou de revenir vers sa liste à lui de choses à faire et à dire, va dans un premier temps travailler et s'arrêter sur ce que le patient lui dit et ce d'autant plus

qu'il doit reformuler d'abord ce que le patient lui dit avant de passer à une autre question ouverte.

Exemple : le Patient a dit : *Je vous en prie, ne me demandez pas d'en faire encore plus. La vie ne vaut pas la peine d'être vécue dans ces conditions. Je ne vois pas ce que je peux faire d'autre... franchement... Mon diabète, il va bien en fait, je n'ai plus de vie et cela ne vaut pas le coup.*

Le médecin aurait pu reformuler de la manière suivante :

Vous ne voulez plus qu'on exige de vous aucun effort pour contrôler votre diabète car déjà vous avez l'impression d'en avoir trop fait à tel point que vous avez même l'impression que votre diabète va bien mais vous pas du tout ?

Si le médecin reformule de cette manière, de lui-même il lui viendra à l'esprit les relances ou les reprises suivantes :

« Depuis quand avez-vous l'impression que vous avez atteint vos limites ? Je vous propose qu'on fasse marche arrière et qu'on voit ensemble ce qui est acceptable pour vous et ce qui ne l'est pas ? Imaginons que c'est vous qui fixez vos priorités et non pas moi-même, si je vous donne toutes les informations qu'il est dans mon devoir de vous donner, qu'en pensez-vous ?

On a là, dans ce nouveau script, à la fois une évocation de l'alliance thérapeutique proposée et nécessaire, une reformulation et une relance qui rend au patient la possibilité de se recentrer sur lui-même sans se sentir abandonné pour autant. De même, le médecin assure qu'il assure ses fonctions d'expert et que donc le patient va bénéficier d'une alliance thérapeutique, mais ceci non pas dans un climat non directif absolu mais dans un climat où il peut quand même compter sur l'expertise de son médecin, ce qui est fondamental pour lui.

Le patient dans un premier temps va avoir des difficultés à formuler ses priorités car il n'est pas habitué à penser qu'il peut se donner lui-même des priorités et on va voir que cela va prendre du temps car le patient traverse un moment où il se sent en perte de confiance dans sa capacité à faire quoi que ce soit qui ait de la valeur pour lui ou qui donne une valeur bénéfique à sa vie.

En fait, il faudrait prévoir une consultation où plus de temps serait consacré à discuter avec le patient et mettre à plat les difficultés qu'il rencontre dans le suivi des recommandations, à essayer de comprendre son point de vue et ses dilemmes. Cette consultation peut être assurée dans le réseau par toute personne formée à l'entretien motivationnel et donner lieu à un rendez-vous complémentaire à la consultation médicale ou être conduite par le médecin s'il dispose d'une trentaine de minutes et s'il a bénéficié d'une formation à l'entretien motivationnel.

Le patient a besoin qu'on lui accorde un temps d'écoute sur chaque thème des recommandations diététiques, il a besoin de reformulations positives mettant en valeur tout ce qu'il a tenté de modifier dans son mode de vie et d'une manifestation d'un haut degré d'acceptation de là où il en est.

Cela pourrait se traduire par l'exemple suivant qui **est une forme de résumé** :

Intervenant : « *Je vous propose qu'on passe un peu de temps ensemble à revoir chaque domaine où vous avez essayé de faire des changements. Déjà, je vous félicite pour avoir essayé de faire tous ces changements car on sait qu'ils ne sont pas faciles pour qui que ce soit à faire, et en plus vous avez persévéré dans vos essais alors que vous n'étiez pas satisfait des résultats* »

3. Utiliser les postulats de base de l'EM.

L'entretien utilise les postulats de base de l'approche motivationnelle. La proposition **d'alliance de travail** est formulée par la phrase « *Je vous propose qu'on passe un peu de temps ensemble à revoir* ». En utilisant le terme « à revoir » et non « voir », l'intervenant veut montrer qu'il ne se met pas en position de contrôle, de voyeur externe, il veut mettre en évidence que cette révision concerne aussi le soignant.

L'intervenant pratique **la valorisation** qui peut se lire dans l'expression « *vous avez essayé de faire des changements* ». L'emploi du terme « essai » met à distance l'échec et contient l'idée implicite que dans les essais on a le droit à l'erreur mais aussi c'est à partir des essais qu'on comprend mieux ce qui se passe, qu'on découvre ses limites, ce qui nous convient ou ne nous convient pas. On peut faire

référence ici au modèle pédagogique du tâtonnement expérimental (essais, erreurs, nouvel essai, etc.).

La reconnaissance du travail du patient même si celui-ci est imparfait, donne lieu à un **encouragement et à un reflet positif**. Cette technique d'encouragement, utilisée aussi dans la pédagogie de l'effort, aide la personne à continuer et à reprendre confiance en elle. Tout effort, y compris les efforts d'intensité faible, nécessite un encouragement et ce, notamment lorsqu'il donne lieu à un déplaisir. « *Déjà, je vous félicite pour avoir essayé de faire tous ces changements car on sait qu'ils ne sont pas faciles pour qui que ce soit à faire* » montre que l'intervenant désire rappeler le fait que tout le monde sait que le type de changement attendu est difficile et que cette difficulté n'est pas seulement attribuable au patient.

Par ailleurs, l'encouragement est complété par la mobilisation ou l'accent mis sur le **sentiment d'efficacité personnelle** du patient qui, dans le langage profane, s'apparente beaucoup à l'attitude et au comportement **de persévérance**. Ces derniers sont à soutenir car, qui n'a pas besoin de soutien lorsqu'elle ou il essaie de faire quelque chose ne produisant pas rapidement les résultats escomptés ? Il est donc important pour l'intervenant en entretien motivationnel d'ajouter « *et en plus vous avez persévéré dans vos essais alors que vous n'étiez pas satisfait des résultats* » car c'est une manière de reconnaître les efforts fournis par le patient mais aussi ce qu'il a pu ressentir en termes de découragement, d'envie d'arrêter et de sentiment d'impuissance.

Attention, dans l'entretien motivationnel, on ne bascule pas dans le *counseling* rogérien ! On maintient le cap sur les objectifs à atteindre et ceux-ci ne sont réalisables qu'après la mise à plat de l'ambivalence du patient qui doit être maximisée. C'est bien parce que la théorie motivationnelle reconnaît implicitement ou fait l'hypothèse que le patient possède en lui-même une intention, aussi minime soit-elle, de changer quelque chose dans sa vie et notamment dans le cas des addictions et des problèmes de santé, qu'on explore l'ambivalence. Dans le cas présenté ici, c'est assez facile, le patient visiblement a essayé des choses et on ne peut pas dire à 100 % qu'il ne faisait qu'essayer d'accomplir ce que lui dictait son médecin ou la diététicienne.

4. Repérer le degré de préparation au changement du patient

Cet outil, présenté dans toutes les formations à l'entretien motivationnel fait référence à deux auteurs Prochaska et di Clementi(1984). Il a pour objectif d'aider les praticiens à repérer où en est le patient par rapport au changement de manière à adapter ensuite leurs interventions.

Dans notre entretien lorsque le patient répond à la question du médecin : Vous êtes sûr que vous ne pouvez pas faire un peu d'activité physique ? *Je marche beaucoup au travail, je ne pense pas que j'ai besoin d'en faire plus*, on voit mal à quoi cela servirait d'informer le patient sur la dernière émission de télévision qui présentait les salles de sports *low cost*. On voit mal à quoi cela servirait de le confronter ou de le menacer. A priori, le patient n'a pas atteint le stade de l'intention de changer ou bien il se sent tellement réduit dans sa zone de plaisirs qu'il ne se sent pas capable de mettre en place quelque chose d'autre car il a perdu le goût à la vie. « *Je ne vois pas ce que je peux faire d'autre... Franchement... Mon diabète il va bien... En fait, je n'ai plus de vie et cela ne vaut pas le coup !* »

Prochaska et Clementi, à partir des résultats de leurs études sur le changement de comportement, ont trouvé que les individus progressent à travers une série d'étapes qu'ils proposent de se représenter comme une porte tournante. Il s'agit pour eux de montrer que ces étapes sont transitoires et qu'on peut entrer, sortir et revenir dans la roue du changement en utilisant des portes différentes. On peut avoir eu l'intention de changer, avoir essayé, avoir tenu pendant des mois sans cigarettes ou avec un régime strict et tout d'un coup rechuté et du coup perdre toute confiance en soi et décider de tout arrêter et ne plus avoir du tout l'intention de changer. Au contraire, on peut avoir fait le même chemin et décider de recommencer en se servant des acquis. Ce moment d'évaluation du degré de préparation au changement est donc important à partager avec le patient. Il s'agit de voir avec lui où il se situe sur la roue du changement et de quoi il aurait besoin pour aller là où il pense qu'il serait bon d'aller pour lui.

5. S'approprier les postulats de l'EM.

L'entretien motivationnel accorde un capital de liberté à toute personne confrontée au changement y compris les plus résistantes au changement. L'approche a pour postulat l'existence chez l'autre d'un capital de liberté et elle s'appuie voire même dans certains cas, elle commence par réveiller ce capital liberté, tout en ne confondant jamais liberté et abandon de l'autre à sa condition douloureuse au nom même de cette liberté. On pourrait dire à l'extrême, et c'est dans cette orientation librement choisie que nous développons l'approche motivationnelle, que la liberté ou du moins le sentiment de liberté sur des pans de sa vie est le premier pouvoir à redonner au patient. Cette remise de la clef de la liberté au patient doit être dosée notamment dans les situations de haute vulnérabilité et de haute dépendance. En effet, que pourrait bien faire de la remise des clefs de la liberté une personne qui a oublié ou chez qui une expérience douloureuse de vie a détruit le sentiment de liberté ? De plus redonner au patient le contrôle sur sa santé, comme par exemple dans le cas du diabète, ne consiste pas à s'éloigner tant que cela du désir des soignants en termes de santé pour le patient.

À la différence des courants non directifs dans la relation d'aide, on reconnaît dans l'entretien motivationnel la légitimité du désir des soignants ou des éducateurs de réaliser des objectifs de soin ou d'éducation. Mais, à la différence des approches persuasives ou autoritaires, on leur explique que tout cela ne peut marcher que si le patient a envie et a atteint un certain degré de motivation pour sa santé. Cette dernière lui demande tant de sacrifices et de changements difficiles à conduire, qu'il a parfois envie non seulement d'abandonner mais de se rebeller et de commencer à résister au désir des autres pour lui « *c'est pour votre bien que je vous dis tout cela !* »

Plus le soignant insiste auprès du patient pour qu'il change, plus ce dernier aura tendance à résister. C'est en ce sens qu'on dit que la résistance est le produit d'une interaction dans laquelle une personne essaie de persuader une autre de la nécessité d'un changement sans prendre en compte la perspective ou demander l'avis à la personne à laquelle ces conseils ou ces recommandations sont destinés ! Persuader quelqu'un qui n'y croit pas, d'avancer, qui pense qu'il n'y arrivera pas, qui

n'en a pas envie, qui n'ose pas y penser, qui ne désire pas le faire, qui est opposé à ce changement, a pour effet de le sidérer sur place, de le faire se cacher ou reculer ou bien de le faire se rebeller pour se protéger de l'échec qu'il pressent.

La résistance n'est donc pas un mauvais comportement dans le soin ou dans l'éducation mais le signal d'une difficulté survenant dans l'interaction entre le soignant, l'éducation et le patient ou l'apprenant. C'est pour cette raison qu'elle occupe une large place dans la théorie, les concepts, les postulats et les techniques de l'entretien motivationnel.

Le sentiment d'efficacité personnelle est un élément important à prendre en compte dans les comportements de santé. Il désigne le degré de confiance que la personne éprouve dans ses capacités à réaliser une action particulière et répéter dans des contextes variés. Par exemple, dans les comportements alimentaires, dans le fait d'arrêter de fumer, le patient se fait confiance et sait qu'il va pouvoir arrêter de fumer à la maison. Il se fait par contre moins confiance quand il anticipe une sortie avec des amis ou une sortie où il va se lâcher un peu. Dans notre script, le patient n'évoque rien qui renvoie à son degré de confiance en soi mais cela est attribuable au fait que ce thème n'est pas envisagé par le médecin. En ce sens, on retrouve aussi ici la notion de non-observance situationnelle. Il y a effectivement des situations où le patient, malgré sa décision intérieure de prendre son traitement, ne peut pas le prendre. Dans les habitudes alimentaires, il en est de même. Il y a des situations où les patients disent qu'ils ne peuvent pas résister aux sollicitations de l'entourage (ex : la vieille maman qui a préparé un riz au lait pour son grand fils) et aux sollicitations intérieures (ex : la recherche du goût extraordinaire de tel chocolat praliné dans les œufs de Pâques) ou bien encore aux sollicitations stressantes qui nécessitent une compensation (ex : les situations d'énervement, de fatigue, de colère, de déprime).

Les patients ont donc des zones de confiance en eux délimitées et ils ne sont pas sûrs d'eux-mêmes quand ils ont à faire face à certaines situations nécessitant l'exercice de stratégies d'ajustement, de contournement, d'évitement, plus ou moins complexes. Ces stratégies sont souvent oubliées dans les consultations de santé, or

elles nécessitent un apprentissage, un entraînement et un dispositif de formation à proposer au patient.

IV. La problématique de l'observance thérapeutique du point de vue de l'entretien motivationnel

L'approche motivationnelle présente un certain nombre d'avantages pour l'observance thérapeutique car elle vient confirmer la supériorité des approches empathiques sur les approches autoritaires ou prescriptives. En ne se centrant pas sur le comportement déviant ou la faute effectuée par le patient, elle confirme la déculpabilisation nécessaire du patient dans ses difficultés d'observance. Par ailleurs, en insistant sur le libre arbitre, le respect de l'autonomie et la prise en compte de la complexité des mécanismes du changement, l'approche motivationnelle renforce le courant dans l'observance thérapeutique que nous développons depuis 2002 (Tourette-Turgis, 2002, 2006, 2008, 2009) dans les maladies chroniques.

Ce courant s'appuie sur la qualité de la relation soignant soigné, l'empathie et l'abord de la variable observance comme une variable multidimensionnelle et fluctuante ne dépendant que pour partie du patient.

Selon notre approche, les postures à adopter dans une consultation d'aide à l'observance partagent en commun avec l'entretien motivationnel, l'empathie, la croyance dans le potentiel du patient à trouver lui-même les moyens qu'il désire utiliser pour réaliser ses objectifs, l'importance de la reformulation sur les aspects positifs de ce qui se passe dans la vie du patient.

La spécificité de l'entretien motivationnel tient au travail important à conduire sur les déclarations auto-motivationnelles qui sont prédictives du changement, et à la mobilisation du sentiment d'efficacité dans un climat partenarial essentiel à la construction d'un plan d'action par étapes progressives. Ces deux derniers points se justifient chez les auteurs fondateurs de l'entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 1991, 2002) dans la mesure où ils ont inventé leur méthode de travail dans le contexte des addictions. Les patients qui souffrent d'addiction perdent souvent leur sentiment d'efficacité personnelle. Ils ont besoin d'effectuer des changements par étapes progressives dans la mesure où la construction d'une abstinence prend

environ une année et comprend, en plus de l'entretien motivationnel, de nombreux autres traitements (médicaments, soins de suite, séjours, réhabilitations sociales, etc.).

1. Notre vision de l'observance thérapeutique

Nos travaux dans le domaine de l'accompagnement de personnes atteintes de maladies chroniques nous ont amenés à nous intéresser plus particulièrement en 1996 aux difficultés qu'elles rencontrent en matière d'observance thérapeutique de leurs traitements, souvent lourds et dont le succès thérapeutique dépend d'un haut et persistant degré d'observance dans la durée. En 1999, nous avons conçu, implanté et développé le modèle d'intervention MOTHIV dans le domaine de l'observance thérapeutique des traitements antirétroviraux contre le VIH/sida. Son efficacité a été démontrée par une étude randomisée conduite au CHU de Nice et mise en place par l'unité 379 de l'INSERM de Marseille.

MOTHIV est un programme qui se déroule sur la base d'entretiens individuels (3 à 8 entretiens) dont l'objectif principal est d'aider les patient(e)s à atteindre et à maintenir le haut degré d'observance requis par leur traitement pour bénéficier d'un succès thérapeutique (dans les traitements antirétroviraux, le degré d'observance requis est supérieur à 95 %). Il a donné lieu à une définition opérationnelle de l'observance thérapeutique que nous avons construite pour les fins de l'étude clinique afin de délimiter les domaines à explorer régulièrement dans les entretiens. « *L'observance thérapeutique désigne les capacités d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée. Ces capacités sont influencées positivement ou négativement par des cofacteurs cognitifs, comportementaux, sociaux et émotionnels qui interagissent entre eux.* » (C. Tourette-Turgis, M. Rébillon, 2002).

2. Les postulats de MOTHIV

MOTHIV s'appuie sur quatre postulats propres à la prise d'un traitement au long cours dans le cadre d'une maladie chronique. Ces postulats relèvent bien de la philosophie et des principes de base de l'entretien motivationnel développé par Miller et Rollnick.

✓ **La personne ne doit pas disparaître derrière son traitement.**

Cette approche, dans le monde médical habitué à décrire le patient par ses constantes et ses résultats bio cliniques, est une approche centrée sur la personne et non sur sa maladie. Il s'agit d'emblée de s'intéresser à ce que la personne vit, pense, et ressent. La prise du traitement intervient naturellement et le plus souvent à l'initiative de la personne. Si le traitement n'est pas évoqué d'emblée, l'intervenant pose une question ouverte sur la place des traitements dans la vie de la personne. Aider une personne à prendre un traitement, c'est parler un peu de médicaments et beaucoup de la vie qui va avec.

✓ **La motivation est un processus dynamique qui se génère et se maintient sous certaines conditions** Il n'existe pas de lien évident ou immédiat entre la prescription d'un traitement par un médecin et l'adhésion de la personne à ce traitement. Il est donc fondamental d'aider la personne à construire sa motivation intrinsèque à son traitement. Dans certaines pathologies, cela peut prendre plusieurs mois car la prise du premier traitement de fonds réactive le choc de l'annonce du diagnostic. Par ailleurs, la motivation n'est pas un trait identitaire, et elle ne repose pas exclusivement sur la personne. Cette caractéristique remet en question les pratiques sanitaires qui consiste à refuser de traiter un patient sous prétexte qu'il n'est pas motivé. La question à se poser est : que faisons-nous dans notre service ou dans notre unité de soins pour aider certains de nos patients à construire leur motivation au soin et leur adhésion thérapeutique ?

✓ **L'observance dépend des stratégies d'ajustement de la personne au traitement mais aussi à sa maladie et à son histoire thérapeutique.** MOTHIV consacre du temps à retracer avec la personne son parcours thérapeutique, les différentes étapes par lesquelles elle est passée, en l'aidant à repérer les stratégies d'ajustement qu'elle a utilisées (ex : recherche d'information et de soutien, conduite d'auto sabotage, réévaluation des valeurs... Il est important de travailler avec la personne le sens qu'elle donne à ce qui lui arrive en mettant en évidence la mobilisation de ses capacités de résilience.

✓ **Il faut anticiper avec la personne un ensemble d'incidents critiques et la doter de compétences pour y faire face.** Il est

important d'aider la personne à anticiper sans culpabilité les ruptures d'observance qui surviendront à un moment ou à un autre dans la prise de son traitement. Ces ruptures ne sont pas sans rappeler le concept de rechute travaillé dans l'entretien motivationnel comme une série d'essais successifs. MOTHIV prépare la personne à utiliser en situation des compétences acquises lors des entretiens au travers de simulation de situations critiques pouvant survenir à tout moment dans sa vie personnelle, familiale et sociale (visite inopinée de la famille, vomissements, oubli des médicaments lors d'un voyage...).

V. Consultation d'aide à l'observance en utilisant l'entretien motivationnel :

1. Points de repères pour la pratique

- ✓ **Repérer les déclarations auto-motivationnelles ou le discours changement du patient**

Une part importante de l'entretien motivationnel repose sur la reconnaissance des déclarations auto-motivationnelles et une certaine manière de les travailler. Ces discours changement peuvent se classer en 4 grandes catégories : **désir, capacités, raisons, besoin**. Tout l'art de la pratique consiste à savoir travailler avec chaque dimension de la motivation sachant qu'elles ne pèsent pas le même poids dans la balance du changement.

Selon les théoriciens de l'entretien motivationnel, le désir l'emporte sur le besoin et sur les arguments rationnels en faveur du changement. C'est vrai que ce n'est pas pareil de changer parce qu'il le faut et de changer parce qu'on en a envie.

La catégorie « capacités » est une catégorie importante car notre motivation fluctue ainsi que ses résultats en fonction de nos perceptions de nos capacités. Plus on se sent capable de faire quelque chose, plus on se sent motivé pour le faire.

La catégorie « raison » comprend toutes les raisons que l'on formule pour justifier le changement, cette catégorie est souvent formulée d'une manière proche des arguments en faveur du changement. On change parce qu'on estime avoir des raisons de changer.

La catégorie « besoin » renvoie au registre de la nécessité, registre très présent dans la construction de la motivation dans le champ de la santé et de la prévention. Les patients entreprennent des changements dans le domaine de la santé parce que ces derniers apparaissent nécessaires et incontournables à un certain moment.

Exemples de discours changement :

Le désir - *Je vais le faire, je vais commencer à faire de la gym parce que j'en ai envie, parce que j'ai envie que quelque chose bouge dans ma vie, je vais commencer un régime parce que je veux maigrir .Maintenant ma santé me concerne, je souhaite me sentir mieux.*

Les capacités - *je pense que je peux y arriver maintenant, je n'y arriverais jamais avec toute cette fatigue et ces soucis, je sais que je pourrai réduire un peu les graisses, c'est difficile d'arriver à tout changer en même temps, je peux le faire.*

Les raisons - *Oui j'ai de bonnes raisons pour arrêter de fumer, je pense qu'en faisant cela, je vais me sentir mieux, si je commençais à maigrir, j'aurais moins mal aux genoux.*

Le besoin - *Il faut que je me mange moins gras, je sais bien qu'il faut que je maigrisse le plus vite possible, j'ai besoin de commencer à faire quelque chose, il faut que j'aille marcher un peu tous les jours, je ne peux plus reculer, il faut que je change.*

Tout le travail pour vous est d'apporter une grande attention à ces déclarations auto-motivationnelles et à accompagner le patient en fonction de ce qu'il formule à propos du changement. Le désir l'emporte sur la nécessité mais en termes de santé, le besoin ressenti peut être une belle accroche de motivation, il suffit ensuite d'aider le patient à ne pas perdre confiance en ses capacités en l'aidant à ne pas se lancer dans des programmes de changement trop lourds à conduire en une seule fois.

Ces quatre catégories nécessitent un art de la guidance. Vous devez pouvoir repérer la catégorie de motivation en jeu et accompagner votre patient en partant de cette catégorie.

Trouver et formuler les raisons d'un changement à entreprendre est une étape importante et il faut encourager le patient à ne pas reculer. En même temps, il faut

compléter cette étape pour passer au changement concret, ce qui nécessite la plupart du temps un travail sur les perceptions que le patient a de ses capacités. Souvent, on a des raisons de changer mais on ne se sent pas capable de commencer ou on ne sait pas comment faire car la raison nous pousse mais tout cela reste abstrait.

Attention ne pas classer les catégories sous une forme trop stricte parce que dans la réalité, elles coexistent dans l'expression du désir de changement, il s'agit globalement de soutenir les formulations du patient en étant sensible aux nuances et en se souvenant que le désir et la confiance dans ses capacités à entreprendre un changement représentent un levier important.

Exemple de chevauchement des catégories :

- Docteur, je sais bien qu'il faut que j'arrête de fumer (besoin) MAIS je ne peux pas pour l'instant, j'ai trop de soucis (capacités).
- J'ai envie de me sentir mieux (désir) et en plus il faut vraiment que j'arrête de grignoter chaque fois que quelque chose me déplaît (raison).
- Je sais bien qu'il faut prendre ces médicaments (besoin) mais dès fois je me dis que certains d'entre eux ne servent à rien (raison négative).

✓ Travailler le discours changement

Exemple de script

Patiente: Le docteur m'a dit comme vous que c'était dangereux pour ma santé d'avoir pris autant de poids et qu'il fallait que je commence à en perdre au moins pour sauver mes genoux [*besoin*]

Soignant : Et vous ? Vous en pensez quoi de ce que vous a dit le docteur C ?
[recentrage]

Patiente : Oh moi, je suis d'accord, oui je suis d'accord, ben oui, c'est cela qu'il faut faire [*besoin*].

Soignant : Finalement, vous voulez perdre du poids. Mais pour vous, qu'est-ce que cela vous apporterait ? [<i>reformulation et bénéfices perçus par la patiente</i>]
Patiente : Eh ben, je serai moins essoufflée [<i>raison à changer</i>]
Soignant : Moins essoufflée [<i>simple reformulation</i>]
Patiente : Oui, je n'arrive plus à monter les escaliers le soir pour aller me coucher et mon mari m'a dit : ben on va te faire un petit ascenseur [<i>raison</i>]
Soignant : Votre mari veut bien vous aider [<i>simple reformulation</i>]
Patiente : Ah oui, de ce côté-là, il m'aide beaucoup, je ne peux plus rien porter, il m'accompagne à Aldi et il pousse le chariot, le remplit et tout ça.
Soignant : Donc vous êtes aidée mais vous voulez quand même perdre du poids [<i>reformulation du désir de changer</i>]
Patiente : Ah ben oui parce que ce n'est plus une vie, je veux m'en sortir [<i>raison</i>] et en plus il y a trop de risques pour ma santé [<i>raison</i>].

Ce fragment d'entretien très court montre tout le chemin que peuvent accomplir ensemble le soignant et le patient en utilisant des techniques très simples d'entretien comme la simple reformulation et la prise en compte des déclarations auto-motivationnelles sur le changement faites par la patiente.

✓ **Utiliser la balance décisionnelle (aider le patient à formuler les pour et les contre)**

La balance décisionnelle est un outil à utiliser quand le patient est au stade de l'intention mais hésite encore ou oscille et a besoin de clarifier où il en est, sachant qu'il est en train de peser les pour et les contre et souhaiterait une aide extérieure qui l'aide à y voir clair. C'est là qu'une personne sensible aux mécanismes psychologiques du changement peut s'avérer d'une grande aide. En aidant le patient à se formuler expressément les avantages et les inconvénients du statut quo et ceux de la situation désirée, il trouve de lui-même de quel côté la balance va pencher.

Quand utiliser la balance décisionnelle ?

Exemple : votre patient vous dit qu'il a envie d'arrêter de fumer, de faire un régime, de faire de l'exercice mais il est encore dans le doute car il ne voit pas très bien comment faire. Il est assez perdu devant la montagne de changements que cela lui demanderait. En même temps, vous sentez qu'il a suffisamment envie que quelque chose bouge dans sa vie dans la mesure où il n'est pas satisfait de sa situation présente. Tous les éléments pour lui proposer une aide sont réunis comme par exemple :

- L'existence d'un discours changement chez le patient
- Une volonté de faire quelque chose
- Une hésitation

Comment procéder ?

La méthode consiste à proposer au patient de partir de sa situation présente et de faire émerger tous les arguments contre le changement avant de faire émerger les arguments en faveur du changement. A la fin de l'exercice, il s'agit de découvrir avec lui dans quel sens il pense que la balance penche. Le plus important est de suivre le patient dans la construction de la balance et de ne pas choisir à sa place les contenus.

La balance est un outil méthodique mais en situation, on s'aperçoit qu'on ne la pratique jamais complètement dans les règles de l'art. En fait, le plus important, c'est d'inviter le patient à la construire avec vous sinon elle ne présente pas beaucoup d'intérêt. La philosophie de la balance décisionnelle est d'accompagner l'ambivalence, le doute et d'aider le patient à se positionner à un moment ou à un autre tout en s'assurant qu'il trouve ou envisage des avantages au changement supérieurs au statut quo.

La balance décisionnelle par l'exemple

<p>Patient : J'en ai marre, il faut que quelque chose se passe, je n'arrive pas à maigrir, il faut que j'arrête de fumer et que je commence à faire de l'exercice mais je suis essoufflé dès que je fais trois mètres.</p>

Voici la situation telle qu'on peut la comprendre :

- J'en ai marre, il faut que quelque chose se passe (désir et nécessité)
- Je n'arrive pas à maigrir (capacités)
- Il faut que j'arrête de fumer (besoin nécessité)
- Il faut que je commence à faire de l'exercice (besoin nécessité)

Exemple de script

Soignant : On pourrait commencer par voir ce qui vous plaît dans le fait de fumer et voir les pour et les contre d'un ou plusieurs changements, si vous en êtes d'accord ?
Patient : Oui oui, je suis d'accord, c'est vrai que je ne vois pas vraiment comment je peux m'arrêter de fumer car, en plus je risque de boulotter un peu plus et donc de reprendre du poids... Mais bon, il faut que j'arrête un jour !
Soignant : Fumer vous apporte quelque chose, est-ce qu'on peut voir en quoi le fait de fumer vous apporte des choses ?
Patient : Ah ben oui, fumer cela réduit mon stress, et me fait plaisir à certains moments de la journée.
Soignant : Fumer vous fait plaisir
Patient : Ah ben oui, même si des fois je fume par habitude, mais quand même je suis essoufflé et cela, c'est difficile.
Soignant : Mais maintenant il y a quelque chose que vous souhaitez de différent !
Patient : Oui, je voudrais retrouver une respiration normale, et être capable de bouger un peu plus.
Soignant : Vous avez envie de retrouver une capacité à bouger, à marcher et vous vous auriez envie d'aller où et comment si vous pouviez récupérer votre énergie pour marcher ?
Patient : Mon souhait, c'est de pouvoir remonter sur le vélo et aller au bourg acheter le pain, ce n'est pas si loin c'est 2 kilomètres.
Soignant : Racontez-moi le chemin pour aller au bourg, c'est du plat ou il y a des côtes à monter ?
Patient : Oh il y a une petite côte mais elle n'est pas longue sinon c'est plutôt du plat et du virage et là il fait encore beau, il faut reprendre le vélo avant l'hiver.

Soignant : En fait, vous désiriez reprendre le vélo avant l'hiver et aller au bourg aller chercher votre pain, vous avez l'impression que cela vous donnerait une belle satisfaction.
Patient : Ah ben oui alors, j'aurai l'impression que je pourrai être fier de moi.
Soignant : Et quelles difficultés vous voyez à vous remettre au vélo ?
Patient : Eh bien il est dégonflé, faut que je lui révisse les freins et faut que je décide que je remonte dessus.
Soignant : Qu'est ce qui pourrait vous bloquer ?
Patient : Rien, je ne sais pas. Il faut que je décide et que je me lance, c'est un peu bête mais il faut que je me pousse et que je me dise : allez t'y vas mon gars !
Soignant : Comment vous voyez cela ?
Patient : Je crois que j'ai envie de remonter à vélo et après je vais voir pour les autres choses à faire... Oui, j'ai envie.

Dans cet entretien, on voit que le soignant n'impose pas les thèmes de la balance décisionnelle mais qu'il suit le patient dans son évocation, il va même jusqu'à s'intéresser avec lui au chemin entre la maison et le bourg.

Le discours changement évolue lui aussi et se recentre sur un but que le patient trouve lui-même, comme remonter à vélo, en mettant en évidence que cela serait une véritable satisfaction pour lui.

Le patient n'évoque plus l'arrêt du tabac et tout bascule quand le soignant fait une reformulation sous une forme très ouverte : « mais maintenant il y a quelque chose que vous souhaitez de différent ! » Le soignant permet au patient d'identifier dans ses mots à lui la situation désirée. La balance décisionnelle dans ce scénario porte sur le fait pour le patient de refaire du vélo dans le souci de reprendre une activité physique modérée.

En fait, le fait qu'on ait laissé le patient définir les termes de la balance décisionnelle, fait qu'on est parti de l'arrêt du tabac et qu'on est arrivé à la mise en place d'une activité physique car ce n'était pas encore le moment pour le patient d'arrêter de fumer et que de lui-même il a évoqué un autre changement plus réaliste et plus réalisable pour lui.

2. L'observance thérapeutique médicamenteuse: écouter les difficultés des patients d'avec les outils de l'entretien motivationnel

L'observance thérapeutique des médicaments représente des difficultés de différents ordres pour le patient. Il s'agit d'appliquer la même approche que celle utilisée dans les changements à effectuer par le patient dans son style de vie car, de fait, prendre un traitement, changer de traitement, maintenir un haut degré d'observance thérapeutique, doivent être abordés sous l'angle de la motivation et du changement.

Le patient qui prend ses traitements est un patient qui pense qu'il faut les prendre, qui connaît les avantages de ses médicaments et qui a décidé pour lui-même de les prendre, même s'il traverse des crises de doute et des baisses de motivation.

- ✓ **Premier outil : écouter et savoir poser des questions ouvertes sur la prise des médicaments dans un climat empathique**

Exemple de script

Soignant : Bonjour, j'aurais souhaité faire avec vous un point sur votre hypertension, est ce que vous pouvez m'en parler ?

Analyse : L'entretien démarre par une *question ouverte* mais qui est néanmoins ciblée sur le problème à traiter. La question ouverte donne la liberté au patient de choisir lui-même les thèmes en lien avec son hypertension qu'il souhaite aborder.

Patient : Oui

Analyse : Le patient donne son accord pour aborder d'emblée le thème de l'hypertension. Il aurait pu dire non, non, ou encore demander d'aborder un autre sujet plus urgent pour lui.

Soignant : A quoi correspond votre hypertension pour vous ?

Analyse : Le soignant utilise une deuxième fois *une question ouverte* tout en restant centré sur le patient. La question est différente de celle qui serait : Que savez-vous de l'hypertension ?

Le patient va en fait faire référence à toute sa famille qui « fait de la tension », on va

découvrir que le diagnostic de sa tension a été effectué il y a moins d'une année. Le thème du poids va être abordé au cours de l'entretien. La patiente va dire que tous les médecins lui ont dit de maigrir, de perdre du poids. Petit à petit dans l'entretien, on va voir apparaître des déclarations auto-motivationnelles comme « *J'ai envie de maigrir et de perdre du poids* ». Le soignant va simplement reformuler le discours changement du patient.

Exemple de script

Soignant : D'accord, cela semble important de perdre du poids !
Patiente : Oui, très important.
Soignant : Pour un mieux-être ou pour simplement perdre du poids ? (clarification)
Patiente : J'ai envie de perdre du poids pour me sentir bien.

Que s'est-il passé ? Si on reprend les mécanismes psychologiques du changement, on s'aperçoit que la patiente reprend la prescription de perte de poids à son nom et ne dit pas : il faut, il faudrait, on m'a dit, elle dit « j'ai envie ». Elle exprime clairement son désir de changer et lorsque le soignant creuse ce désir, la patiente anticipe dans ce changement un mieux-être, donc le changement s'intègre dans ses valeurs.

On aurait pu ne pas s'arrêter au discours changement de la patiente, ne pas y faire attention et ne pas relever, mais toute la stratégie de l'entretien motivationnelle repose sur ces petites phrases prononcées par les patients qu'il faut absolument reprendre et reformuler surtout quand il s'agit de l'expression spontanée d'un désir.

Bien évidemment, cela ne suffira pas, mais c'est essentiel car tout pendant que le patient n'a pas exprimé son désir, son besoin, les raisons qu'il pourrait avoir de changer quoi que ce soit dans son style de vie, rien ne peut commencer !

Si la patiente était dans une logique de perdre du poids pour perdre du poids, il y aurait peu de chances qu'elle puisse arriver à mettre en place quoi que ce soit. On va d'ailleurs découvrir ensuite dans l'entretien qu'elle a déjà mis des choses en place qu'il reste à consolider en valorisant justement ce qu'elle a déjà fait car cela n'a pas

été si facile. Là encore le soignant va s'intéresser à comment elle a réussi à mettre en place certaines composantes du changement.

Exemple de script

Patiente : Avant, mes enfants n'aimaient pas les légumes. Maintenant, ils en mangent.
--

Soignant : Comment avez-vous fait pour les faire changer ?

Patiente : J'ai commencé par des soupes. Quand je cuisine des légumes comme ça, les enfants ils ne mangent pas... Maintenant, j'essaie avec la plus jeune, là maintenant, elle commence à manger les légumes. Elle aime bien. Elle trouve que c'est bon.

Le fait de demander à la patiente les moyens qu'elle a utilisés permet à celle-ci de décrire toutes les astuces qu'elle a mises en place. Son discours est un discours où elle met l'accent sur ses succès obtenus d'où on pourra partir pour l'aider à continuer à avancer.

Ces exemples tirés de la pratique quotidienne ont l'air très simple mais ils représentent la complexité de la conduite d'un entretien car à chaque énoncé du patient, vous devez faire des choix stratégiques de reprise d'une manière ou d'une autre.

3. Les étapes dans la conduite d'un entretien motivationnel

Effectivement, il y a une façon de conduire un entretien motivationnel et on peut résumer la conduite de ce type d'entretien à quatre étapes en soulignant à quel point chaque étape nécessite l'adoption d'attitudes spécifiques et l'usage de techniques adaptées.

On pourrait oser énoncer qu'il y a un déroulement logique de l'entretien dans lequel on tente de comprendre le patient, avant d'évoquer et de discuter le changement sur

lequel le patient et le soignant se mettront d'accord. Une fois arrivé à ce stade, il est important d'explorer l'ambivalence et enfin, et seulement lorsque le patient aura formulé les avantages qu'il perçoit dans la situation désirée par rapport au statut quo, le soignant pourra alors l'accompagner et user de son expertise et de ses conseils si nécessaire.

La conduite d'un entretien motivationnel nécessite donc un point de bascule que le praticien doit être capable de repérer dans la conduite de l'entretien. Ce point de bascule est le passage de l'écoute active à une forme de guidance, ce que les auteurs appellent la direction de l'entretien.

Les étapes de l'entretien motivationnel

Étape 1 : Comprendre

Attitude requise : empathie

Outils : les questions ouvertes et les reformulations simples et complexes

Étape 2 : Évoquer et discuter le changement

Attitude requise : Écoute active

Outils : le repérage et la reformulation du discours changement

Étape 3 : Explorer l'ambivalence (les pour et les contre)

Attitude : Soutien, acceptation,

Outils : Usage de la balance décisionnelle

Étape 4 : Accompagner et soutenir le patient dans les actions qu'il désire entreprendre

Attitude : Valorisation et soutenir le sentiment d'efficacité personnelle

Outils : le plan d'action découpé par objectifs réalistes et réalisables

En conclusion

L'entretien motivationnel est un outil complémentaire aux outils de votre pratique habituelle, il vient en complément chaque fois que vous avez besoin de travailler sur le changement avec vos patients et dans le diabète ces changements sont nombreux. Ils touchent essentiellement à des modifications thérapeutiques du style de vie. Ceci explique pourquoi l'entretien motivationnel est très présent dans les recommandations et les bonnes pratiques en diabétologie car il s'agit d'aider et d'accompagner le patient dans de multiples changements qui sont nécessaires au maintien de sa santé et à la prévention des complications.

Il peut se pratiquer dans le cadre de votre pratique et idéalement doit se conduire en accord avec le patient sous la forme de 3 à 4 entretiens d'une trentaine de minutes. Il s'agit à la fois d'adopter une attitude d'écoute et d'empathie tout en ayant en tête la nécessaire direction de l'entretien, ce qui n'est pas chose aisée. Il ne relève d'aucune discipline professionnelle mais doit donner lieu à une formation préalable.

Ces formations doivent porter sur le style particulier d'intervention auprès du patient et sur les techniques spécifiques utilisées dans l'entretien motivationnel comme l'usage de la balance décisionnelle mais surtout la manière de susciter et de reprendre le discours changement formulé par le patient et qui est le pilier de la méthode. Les connaissances des mécanismes du changement et de la résistance sont essentielles à la réussite de ce type d'entretien.

La supervision et le *coaching* après une formation initiale sont fondamentaux en termes d'acquisition et de maintien des compétences des soignants dans la pratique de l'entretien motivationnel.

Références bibliographiques

Golay A., Lagger G., Giordan A., « *Comment motiver le patient à changer* », Maloine, éducation du patient, 2010.

Rogers Carl R., « *Le développement de la personne* », Dunod, Paris, 1968.

Rollnick S., Miller W.R., Butler C., « *Pratique de l'entretien motivationnel, communiquer avec le patient en consultation*, Interéditions, Paris, 2009.

Tourette-Turgis C., Isnard Bagnis C., Pereira-Paulo L., « *L'éducation du patient dans la maladie rénale chronique : le soignant pédagogue* », Paris : Comment Dire, 2009 [172 p. + cédérom]

Tourette-Turgis C., « *La consultation d'aide à l'observance des traitements de l'infection à VIH, l'approche MOTHIV : Accompagnement et éducation thérapeutique* », Comment Dire, 2007 [142 p.]

Tourette-Turgis C., Rébillon M., *Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/sida - De la théorie à la pratique*, Paris: Comment Dire, (Préface du Dr. Thierry Troussier), 2002 [174 p.]

Tourette-Turgis C., Rébillon M., *Accompagnement et suivi des personnes sous traitement antirétroviral*, Paris: Comment Dire, 2000 [138 p.]