

Il ne suffit pas de « conseiller » pour être écouté...

Mots clés :

Comportement à
risque
Entretien moti-
vationnel
Maladie chro-
nique

La consultation est très souvent le lieu et le moment privilégié du « conseil » (tabac, alcool, alimentation, exercice physique, observance thérapeutique, etc.). Pourtant, ce conseil n'est suivi d'effet que dans 5 à 10% des cas¹. C'est déjà remarquable pour une intervention « brève » (mais il arrive aussi à chacun, sans intervention externe, de modifier un comportement dangereux). L'analyse des échecs, malheureusement plus habituels, a permis à Miller et Rollnick de définir les principes de l'entretien motivationnel² : accompagner le patient vers le changement, parfois durant des mois ou années, plutôt que prescrire un changement immédiat, même si la situation médicale le recommande. L'efficacité de cette méthode est démontrée³. Mais qu'est-il possible et utile de dire ou faire dans le cadre habituel de la consultation ? Une équipe Suisse propose une solution pragmatique prenant en compte les conditions et difficultés de la médecine générale⁴.

Ce qui ne marche pas bien...

Le traditionnel *interrogatoire* a pour prémisse qu'avoir la réponse à un maximum de questions permet le choix de la bonne solution, ce qui n'est que très approximatif... La *menace* de risques à venir n'influence qu'une minorité, la majorité poursuit ses habitudes. *Le blâme ou le jugement* ne font habituellement que renforcer les excuses et finalement la résistance au changement, parfois une rupture de la relation de soin. *L'avis expert*, allant jusqu'à *étiqueter* une maladie (arguments scientifiques et attitude très directive) génère le plus souvent un accord passif, le plus souvent sans effet, parfois au désespoir du patient qui se retrouve dans la situation « je sais mais je ne peux pas ». La *simple prise de parti* pour essayer de convaincre aboutit à des justifications et prises de position (*oui, mais...*).

Pourquoi ça ne marche pas ?

Ces différentes postures ne tiennent pas compte de l'*ambivalence* chez le patient, qui n'est pas un refus de changer de comportement mais un conflit entre changer ou ne pas changer, chaque option ayant ses coûts et ses bénéfices. C'est au patient, non au thérapeute, de formuler pourquoi il faudrait changer et d'évaluer combien ça va être difficile. Considérer la *résistance* au changement (ou le déni), comme échec de la relation est sans issue pour le médecin comme pour son patient, alors que c'est seulement le signe d'une intervention inadaptée au stade de préparation au changement où le patient se trouve. Il faut « faire avec »...

Que conclure pour notre pratique ?

Une relation ainsi centrée sur le patient est basée sur sa collaboration, son autonomie : c'est lui qui évoque son opinion et ses propres solutions. Il revient au soignant d'aider son patient à trouver son chemin vers le but qu'il s'est lui-même fixé, ce qui sort du strict modèle biomédical habituel (*Bibliomed 638*).

Cette relation obéit aux règles de la communication interpersonnelle : reformulation-reflet sous différentes formes, questions ouvertes, valorisation du patient, résumés ponctuant l'entretien pour en souligner les points forts, pour amener le patient, dans un climat de non-jugement, de confiance et d'empathie, à explorer son ambivalence afin de pouvoir la résoudre.

Cela suppose pour le médecin formation et pratique réflexive ; pour que l'éducation du patient soit réellement intégrée aux soins primaires et non réservée à des structures spécialisées⁴.

Comment ça pourrait marcher ?

En reformulant (réflétant de différentes façons) ce qui vient d'être dit, médecin et patient peuvent en arriver à une vision commune du problème. En arriver là permet d'informer, de respecter les choix du patient et, une fois qu'il se sent prêt au changement, de lui présenter les différentes options et négocier un plan dont il fixe lui-même les objectifs et le rythme même si ce projet semble encore insuffisant.

Est-ce possible en consultation « normale » ?

L'approche motivationnelle selon Rollnick et Miller suppose 4 à 6 entretiens dont la 1^{ère} dure environ une heure, les suivantes 30 à 45 mn². Par ailleurs, des méta-analyses ont montré qu'une intervention brève permet d'aborder un problème comportemental, tabac, alcool ou autres préventions, pour tenter de le faire changer³. Les auteurs Suisses proposent de structurer de telles consultations en combinant les deux pratiques en 6 étapes : 1) Agenda (de quel point prioritaire pour vous allons-nous parler ?) 2) Ambivalence (pourquoi changer ?) 3) Avis (explorer, informer, explorer à nouveau) 4) Accord (quelle méthode, quels objectifs ?) 5) Aide (quelles ressources, internes ou externes, quelles difficultés ?) 6) Arrangement (quel suivi, quelle évaluation ?). Ces 6 « A » ne sont pas tous indispensables et n'ont pas à être suivis dans un ordre chronologique. Ils aident à structurer les différents aspects à aborder pour aider le patient à définir un plan d'action de changement.

Références

- 1- Berdoz D et al. « Combien de fois il faut que je vous dise ». Quelques pistes données pour l'entretien motivationnel. *Rev Med Suisse*. 2005;38:30728.
- 2- Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Pratique de l'entretien motivationnel*. Paris: Interéditions 2009 (version française).
- 3- Gallois P et al. Education thérapeutique du patient. Le médecin est-il aussi un éducateur ? *Médecine*. 2009;5(5):218-24.
- 4- Sommer J et al. L'intervention brève motivationnelle au cabinet du médecin de premier recours. *Rev Med Suisse*. 2007;126:32597.