

Sont représentés au conseil de rédaction de MedActuel FMC



L'Association des médecins de langue française du Canada



La faculté de médecine de l'Université Laval



Le Collège québécois des médecins de famille

Conseil de rédaction et révision scientifique



Président du conseil
Dr François Croteau

Omnipraticien, hôpital Santa-Cabrin, Montréal ;
Membre du Comité de formation médicale continue de l'Association des médecins de langue française du Canada ;
Directeur médical aux Éditions Santé Rogers Media.



Dr Gilles Beaucage

Spécialiste en médecine d'urgence au CSSS Pierre-Boucher ;
Membre du Comité médical des Services pré-hospitaliers d'urgence de la Montérégie ;
Médecin volontaire au sein de l'Association « Médecins sans frontières », MSF-Canada.



Dr Johanne Blais

Membre du Conseil de FMC de la faculté de médecine de l'Université Laval ;
Responsable du Comité de FMC du dépt. de médecine familiale de l'Université Laval ;
Professeur adjoint de clinique, CHUQ, hôpital Saint-François d'Assise.



Dr Roger Ladouceur

Médecin de famille au CH de Verdun ;
Professeur adjoint de clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal ;
Directeur adjoint du Bureau de formation professionnelle continue de l'Université de Montréal.



Dr Francine Léger

Médecin de famille ;
Responsable de formation clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal ;
Chef du service de périnatalité du CHUM.

Le dialogue au rendez-vous

L'entrevue motivationnelle

Une façon d'approcher vos patients qui ont des difficultés d'adhésion

1^{re} partie : le traitement

Par Claude Richard*, Ph. D., et Marie-Thérèse Lussier**, MD, M.Sc.

Nous vous proposons une série de deux articles sur l'entrevue motivationnelle. Dans le premier, nous décrivons les principaux concepts qui la sous-tendent et dans le deuxième, nous illustrerons à l'aide d'un cas les stratégies décrites dans le premier article.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, nous aimerions partager avec vous quelques réflexions qui permettront de placer dans son contexte le type d'intervention que nous vous proposons.

Le contexte des interventions médicales

Toute intervention de la part du médecin pour soutenir son patient dans une action qu'il croit favorable au maintien de sa santé s'exerce dans le cadre d'une relation professionnelle. Or, depuis les années 1950, le modèle « idéal » de la relation patient-médecin est passé du paternalisme (pensez au bon Dr Welby !) au modèle de relation qui met de l'avant l'autonomie du patient et dans

laquelle le médecin devient davantage un conseiller. Dans ce contexte, il devient difficile de parler de motivation ou, pire, de persuasion.

Nous croyons qu'une vision étroite de l'autonomie du patient de même que le « relativisme » à la mode, soit celui de mettre sur un pied d'égalité diverses approches de la santé en réduisant les différentes positions à une simple question de croyances, sont nuisibles. Dans les deux cas, on ramène la connaissance à une question de point de vue. Dès lors, il n'y a plus de connaissances généralisables possibles, ni de légitimité à donner des conseils. Cette attitude joue, en dernière analyse, contre l'intérêt du patient. Pour notre part, nous soutenons que l'approche scien-

tifique de la santé est une approche plus légitime que d'autres. C'est le point de vue adopté en médecine moderne et nous estimons que c'est celui qui présente les meilleures garanties d'aider un patient. On semble le tenir pour acquis; cependant, il doit être réaffirmé et défendu. Il y a encore de nombreuses croyances plus ou moins rationnelles qui font concurrence à la tradition scientifique malgré le fait que ce soit celle qui nous offre la meilleure certitude possible à propos de l'efficacité des traitements. Dans ce cadre, le médecin peut prétendre savoir de quoi il parle et il peut être légitimement convaincu que les solutions qu'il propose sont certainement parmi les meilleures. Minimale, elles sont plus efficaces qu'un placebo !

Il est intéressant de noter que dans le cadre de la psychothérapie, il n'est pas nécessaire de justifier le fait d'intervenir pour modifier, influencer ou changer le comportement du patient. La raison en est peut-être que dans ce cadre d'intervention, l'individu se présente volontairement pour changer de comportement. Ce désir de changement de comportement par le patient n'est pas explicite dans le cadre d'une consultation médicale. En effet, le patient vient souvent pour faire « réparer la mécanique », mais pas pour changer ou introduire une nouvelle manière d'être ou de faire. De là, peut-être, une réaction de retrait de la part du médecin qui préfère alors se cantonner à une description des interventions possibles et de transférer au patient la responsabilité de choisir le traitement et d'y adhérer.

Mais peut-on tenter d'influencer le patient dans le choix de sa thérapie et peut-on l'aider à suivre un traitement en agissant sur sa motivation ? Notre réponse est, sans hésitation, « oui ». Pourquoi ? Rappelons que le patient vient volontairement consulter le médecin, il sollicite son avis professionnel. Le priver de ce que le médecin juge le plus approprié pour lui, sous prétexte de ne pas l'influencer, et de se contenter de le faire choisir parmi une liste d'options est à notre avis une manière de se dérober à la difficulté et à la responsabilité de proposer un traitement et de le défendre. Aussi, le rôle du médecin est d'aider le patient à être en santé, ce qui inclut donc, à notre avis, d'aider le patient à suivre le traitement.

Dans la mesure où, d'une part, le fait d'être médecin est clairement affiché et que, d'autre part, le patient se



« De nombreux patients semblent comprendre leurs traitements, mais les études des 25 dernières années indiquent qu'entre 30 % et 70 % ne les suivent pas et n'en retirent pas les bénéfices »

Objectifs pédagogiques

- Reconnaître la pertinence de la pratique de l'entrevue motivationnelle en médecine.
- Se familiariser avec deux concepts-clés de l'entrevue motivationnelle : le changement et l'ambivalence.
- Illustrer l'application de cette approche chez un patient qui présente un problème d'adhésion.

Mots-clés

Entrevue motivationnelle, adhésion, changement, ambivalence.

* Psychologue, post-doctorant GEIRSO, Université du Québec à Montréal et membre de l'équipe de recherche en soins de première ligne de la Cité de la Santé de Laval.

** MD, M. Sc., médecin de famille et directrice de l'équipe de recherche en soins de première ligne de la Cité de la Santé de Laval.

présente volontairement, alors le médecin est moralement justifié d'intervenir. Dans ce contexte, le professionnel peut tenter de motiver le patient à mettre en place les traitements suggérés. Il peut également tenter de convaincre le patient de choisir le traitement qui, selon les évaluations professionnelles, correspond le mieux aux connaissances actuelles (données probantes).

Si l'entrevue motivationnelle est utile dans des circonstances variées, elle s'avère particulièrement utile dans les cas où le médecin désire soutenir l'adhésion d'un patient au traitement prescrit. Dans sa pratique quotidienne, le médecin se retrouve souvent face à des patients qui nécessitent un traitement. De nombreux patients semblent comprendre leurs traitements, mais les études des 25 dernières années indiquent qu'entre 30 % et 70 % ne les suivent pas et n'en retirent pas les bénéfices (Haynes, McDonald, Garg 2002). Là où il semble y avoir le plus de difficultés, c'est lorsque les traitements impliquent un changement de style de vie, par exemple, cesser de fumer, changer son alimentation ou faire de l'exercice régulièrement (Cohen et Bird).

« Une notion-clé de l'entrevue motivationnelle est la réduction de l'ambivalence. Nous sommes toujours ambivalents à propos de changements. Il est normal d'être ambivalent. Selon Miller et Rollnick (1991), il s'agit de résoudre cette ambivalence pour pouvoir faire le choix du changement »

Qu'est-ce que la motivation ?

Dans la documentation scientifique, la motivation est souvent associée à l'émotion. L'une et l'autre sont intimement liées. La motivation, de manière simplifiée, serait ce qui nous pousse à agir. Elle peut être intrinsèque ou extrinsèque. On peut en parler en termes de cause, de besoin, de mobile, de moteur, de motif, de principe, de raison, de source ou d'intérêt, etc. Elle peut aussi faire référence à la stimulation à l'action. On parlera alors d'appel, de défi, de dépassement, d'émulation, d'excitation, d'impulsion ou encore de surpassement. La motivation est également associée à la volonté et à la ténacité. On peut aussi être motivé à éviter des sensations comme la faim, la douleur ou toute autre situation jugée comme désagréable par l'indi-

vidu. À l'inverse, la recherche du plaisir ou de situations agréables peut être une motivation à l'action. Ainsi, de par ses caractéristiques, la motivation est intimement associée au changement et à l'apprentissage.

L'entrevue motivationnelle

Cohen et Bird proposent une intervention pour aider le patient à changer de comportement dans des cas de difficultés d'adhésion au traitement. Les étapes proposées fournissent un « cadre général » pour aider le médecin à amener son patient à changer de comportement.

En voici les principales étapes :

1. Vérifier si le patient a des difficultés d'adhésion. Il ne faut pas traiter de faux problèmes.
2. Identifier les difficultés spécifiques d'adhésion.
3. Répondre aux émotions exprimées et offrir du soutien.

4. Faire énoncer les préférences du patient et vérifier son désir d'être traité.
5. Trouver une solution avec la collaboration et l'assentiment du patient.
6. Obtenir l'engagement du patient vis-à-vis du traitement choisi et planifier un suivi.

Mais Cohen et Bird passent également rapidement sur la manière de s'y prendre pour motiver le patient. Aussi, pour la description d'une intervention plus structurée qui vise à motiver le patient, il est intéressant de se tourner vers Miller et Rollnick (1991) et Rollnick et coll. (2000) qui ont conçu, dans le cadre du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, une approche psychologique systématique qu'ils ont appelée « l'entrevue motivationnelle ».

D'abord, Miller et Rollnick (1991) s'intéressent au changement, par opposition à d'autres qui s'intéres-

sent à la résistance au changement. Ils proposent ainsi de tabler sur le désir de changement des patients plutôt que de procéder à partir de leurs peurs ou de ce qu'ils voudraient éviter, par exemple, une détérioration de leur situation. Ils veulent stimuler et amplifier ce qui, chez le patient, est déjà orienté vers le changement. Voici quelques postulats qui sous-tendent leur approche :

1. Le changement survient naturellement.
2. Le changement est influencé par les interactions entre personnes.
3. L'empathie semble efficace comme moyen d'amener le changement.
4. Le meilleur prédicteur du changement est la confiance du patient ou de l'intervenant qu'il changera.
5. Ceux qui se disent motivés à changer le font en plus grand nombre (voir stade de préparation à l'action ou d'action de Prochaska, Norcross et Di Clemente).

Une notion-clé de l'entrevue motivationnelle est la réduction de l'ambivalence. Nous sommes toujours ambivalents à propos de changements. Il est normal d'être ambivalent. Selon Miller et Rollnick (1991), il s'agit de résoudre cette ambivalence pour pouvoir faire le choix du changement. Comment agir sur l'ambivalence ? Il y aurait, selon eux, quatre stratégies principales pour réduire l'ambivalence au changement :

1. Montrer les désavantages du statu quo.
2. Montrer les avantages du changement.
3. Montrer que les changements sont possibles.
4. Soutenir chez le patient son intention de changer.

Il faut en somme être prêt, désirer et être capable (se sentir confiant) de changer pour pouvoir changer. Voici la définition de l'entrevue motivationnelle que ces auteurs nous proposent :

« L'entrevue motivationnelle est une "méthode centrée sur le patient et directive, pour améliorer la motivation intrinsèque au changement en explorant et en résolvant les ambivalences" »

« C'est une méthode centrée sur le patient et directive, pour améliorer la motivation intrinsèque au changement en explorant et en résolvant les ambivalences. »
(Notre traduction)

Si nous analysons cette définition de l'approche, nous retrouvons :

1. Une approche centrée sur le patient, dans le sens que donne Rogers du terme. L'approche est centrée ici sur la perspective du patient, sur ses intérêts, ses valeurs et ses préoccupations.
2. Une approche directive par opposition à l'approche non direc-

tive de Rogers. Cette approche vise à réduire l'ambivalence. Le clinicien recherche et sélectionne les propos qui favorisent les changements et cherche à atténuer la résistance au changement.

3. Une méthode de communication, qui vise à faciliter le changement naturel.
4. Une approche qui vise à utiliser la motivation intrinsèque du patient pour le changement.
5. Une approche qui vise à explorer et à résoudre les ambivalences comme clé du changement. L'ambivalence étant souvent ce qui nous empêche d'agir.

L'entrevue motivationnelle et la consultation médicale

Nous suggérons qu'une telle approche s'appliquerait dans le cadre d'une consultation médicale pour aider le patient à adopter un nouveau comportement, par exemple, celui de prendre un médicament.

1. D'abord comme professionnel représentant la connaissance médicale, nous suggérons que le médecin offre le point de vue de la profession à propos du problème présenté et du traitement. Ne pas le verbaliser comme son opinion, mais comme la position de la profession.

Exemple : « Le problème semble en être un d'asthme..., le traitement recommandé dans ce cas est... »

2. Ensuite, spécifiez votre opinion à propos de ce patient. Ce point de vue peut différer ou non de celui qui est officiellement défendu par la profession, mais il est verbalisé

de manière à ce que le patient se reconnaisse dans les propos.

Exemple : « Mais, dans votre cas, étant donné les difficultés que vous avez avec le... Je vous suggérerais plutôt de... »

3. Dans le cas du traitement suggéré, demandez si ce traitement semble raisonnable ou réalisable du point de vue du patient et s'il serait d'accord pour l'essayer. Il s'agit d'explorer. Qu'est-ce que ce patient peut faire ? C'est à cette étape que le médecin doit être attentif à l'ambivalence que le patient peut exprimer. Il faut alors légitimer l'expression de son ambivalence et tenter de la diminuer en mettant en valeur les éléments qui favorisent le changement ou l'adoption du nouveau comportement souhaité.

Exemple : « Qu'est-ce que vous en pensez ? Croyez-vous que vous pouvez suivre ce traitement ? Il est important d'en parler maintenant, car si vous avez des réserves, nous

pouvons en discuter et peut-être que nous pourrions trouver une solution qui vous satisfera mieux. [...] Est-ce que ces objectifs sont atteignables ? Sinon, pourquoi ? »

4. Analysez les raisons du patient et discutez de sa confiance en sa capacité de changer de comportement. Demandez-lui s'il voit des solutions de rechange ou des manières de contourner la difficulté puis redéfinissez les objectifs jusqu'au moment où de nouveaux objectifs atteignables sont identifiés.

La situation clinique varie beaucoup en fonction de la présence d'une pathologie symptomatique ou non, si le traitement représente un enjeu immédiat important ou s'il s'agit d'une intervention visant la prévention à long terme. Dans le cas des situations plus aiguës, il serait souhaitable d'insister, d'obtenir le point de vue du patient et son engagement sur le traitement nécessaire. Dans le cas de la prévention, l'urgence de suivre un traitement n'est pas présente et la maladie évitée reste un gain hypothétique. Dans ce dernier cas, le médecin dispose de plus de temps et il peut revenir sur la question lors des prochaines consultations. L'important est de toujours y revenir. Dans cette perspective, insister n'est pas du harcèlement, mais l'expression de votre professionnalisme. La simple répétition, sans insister, fait parfois beaucoup pour permettre au patient de cheminer dans sa réflexion vers un changement soutenu.

Conclusion

On doit retenir qu'il est approprié d'aider un patient à suivre un traitement en intervenant pour augmenter sa motivation à le faire. En effet, le patient se place volontairement sous l'influence du médecin lorsqu'il décide de le consulter. Introduire un nouveau comportement dans sa vie, ici prendre un médicament, n'est pas aussi facile qu'on le croit. Plusieurs recommencements sont possibles, mais la meilleure garantie de succès est de continuer à essayer. Il est essentiel que le médecin maintienne les efforts et continue à encourager le patient. L'ambivalence est toujours susceptible de réapparaître et tant que les nouveaux comportements ne seront pas devenus une habitude pour le patient, il faut continuer à le soutenir. La semaine prochaine, nous reviendrons sur ces questions avec des exemples. ■

Bibliographie

- Cohen S et Bird J. *The Medical Interview : The three function model*. C.V. Mosby, New York 2000.
- Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. *Helping patients follow prescribed treatment. Clinical applications*. JAMA, 11 déc. 2002, vol. 288, no 2880-83.
- Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health Behavior Change : A Guide For Practitioners*. Churchill Livingstone; New York 2000.
- Miller RW, Rollnick S. *Motivational Interviewing : Preparing People to Change Addictive Behavior*. The Guilford Press : New York, 1991.
- Prochaska JO, Norcross JC et Di Clemente C. *Changing for Good*. Avon Book, New York 1994.