

# MOTIVER LE PATIENT À L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : REPENSR NOTRE PRATIQUE POUR ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT

Christine Baudouin, PSYCHOLOGUE CLINICIEN, THÉRAPEUTE COGNITIVO-COMPORTEMENTALISTE,  
SERVICE DE PNEUMOLOGIE DE L'HÔPITAL AVICENNE - 125, RUE DE STALINGRAD, 93009 BOBIGNY CEDEX

**EN EDUCATION THÉRAPEUTIQUE COMME DANS TOUT PROJET DE SOIN, NOUS NOUS HEURTONS SOUVENT À LA QUESTION DE L'OBSERVANCE. COMMENT MOTIVER UN PATIENT À MODIFIER SES COMPORTEMENTS, ET CELA DE LA MANIÈRE LA PLUS DURABLE POSSIBLE ? POUR ALIMENTER CETTE RÉFLEXION NOUS PROPOSONS DE REPLACER LE MALADE AU CENTRE DU PROCESSUS DE DÉCISION.**

La majorité des patients adhère spontanément assez bien au projet thérapeutique. Ces malades, que l'on dit observants, semblent bien comprendre les raisons qui nous amènent à formuler certaines recommandations. Ils sont d'emblée motivés pour prendre soin d'eux, et trouvent les raisons et les techniques qui les aident à tenir leurs bonnes résolutions.

D'autres patients cependant sont beaucoup plus ambivalents : durant les entretiens, ils nous disent par exemple qu'ils aimeraient bien perdre du poids, ou faire davantage de sport, mais dans la réalité, au fil du suivi, on observe finalement bien peu de changements. La conclusion s'impose à nous d'elle-même : ces patients sont peu ou pas observants. Dès lors que nous nous heurtons à ces résistances, presque malgré nous, nous

prêtons souvent à ces personnes un manque de volonté, un manque de courage, et parfois même un manque de sens des responsabilités. Ces jugements, nos propres jugements, tendent alors à modifier nos propres attitudes, ce qui génère encore plus de résistances chez le patient à changer ses habitudes de vie.

Pour rompre avec ces « automatismes » qui limitent notre efficacité, il est essentiel d'avoir une vision claire des interactions entre ces trois protagonistes : le changement, le malade, le professionnel de santé.

Commençons par le point de vue du patient confronté à un changement qu'il juge difficile. Comme souvent dans ces cas-là, cela fait naître certaines résistances qui, de manière un peu simplifiée, peuvent être regroupées en trois familles d'attitudes :

- **L'évitement**, que l'on retrouve par exemple dans le discours du patient qui banalise la gravité des conséquences annoncées par son médecin, s'il ne change pas ses habitudes.
- **La passivité**, qui peut s'observer à travers des comportements régressifs, où le patient délègue à son conjoint l'application des recommandations de santé qui lui sont faites.
- **L'agressivité** enfin qui, elle, se traduit par exemple par une opposition contre les soins, ou par une opposition contre nous, les soignants. Cette agressivité peut aussi se retourner contre le patient lui-même, comme c'est parfois le cas avec les conduites à risques.

On peut bien sûr retrouver chez un même patient, une seule de ces 3 attitudes de

résistance, ou plusieurs. Elles peuvent même cohabiter avec d'autres attitudes plus coopératives, ce qui nous laisse déjà deviner toute la complexité du processus décisionnel face à un choix difficile. Dans tous les cas ces résistances viennent mettre en évidence un défaut d'observance, ou tout du moins, une certaine hésitation, une certaine ambivalence, quant aux changements qui lui sont proposés.

Ces résistances, on les repère facilement chez nos patients. Mais maintenant, pour avancer plus en avant dans notre réflexion, revenons aussi un instant sur nos propres attitudes, sur nos propres émotions.

En effet, dans nos comportements face à certains patients, adoptons-nous toujours cette « neutralité bienveillante » susceptible de les aider au mieux à dépasser leurs difficultés ? Comment réagissons-nous, avec ces patients non observants, qui viennent, et reviennent à nos consultations, qui connaissent déjà tout, mais qui ne changent toujours rien à leurs comportements ? Ne sommes-nous pas, nous aussi, parfois, dans l'évitement, la passivité ou l'agressivité ?

Par exemple, en étant honnête, qui d'entre nous n'a jamais espéré voir un tel patient oublier son rendez-vous, pour éviter de se confronter une fois de plus à son immobilisme ? Qui d'entre nous, n'a jamais constaté qu'il menait ses entretiens avec un tel patient, avec de moins en moins d'entrain, avec de moins en moins de conviction, comme si on attendait un peu que « cela passe » ? Et quant à l'agressivité, qui n'a jamais eu envie de secouer tel patient comme un prunier, pour le faire réagir ?

Si ces exemples vous rappellent à vous aussi des souvenirs, alors oui, comme pour le patient, et dans certaines prises en charges particulièrement difficiles, nos émotions ont modifié nos attitudes, et limité notre adaptation. Pour éviter cette réaction on ne peut plus humaine, il est essentiel de toujours garder présent à l'esprit que les résistances d'un patient face à un changement difficile sont tout à fait naturelles. Elles ne nous concernent pas, elles ne viennent pas non plus mettre forcément en évidence un manque de volonté, de courage, ou de sens des responsabilités.

Cependant, si ces résistances ne nous concernent pas, il n'en demeure pas moins nécessaire de poursuivre notre réflexion sur les interactions entre le patient et le professionnel de santé. Maintenant que nous sommes vigilants à ne pas laisser le lien thérapeutique être parasité par nos propres émotions, réfléchissons à ce qui favorise ce lien : la qualité de la relation qui lie le soigné au soignant.

En effet, et peut-être plus encore avec les patients non-observants, c'est d'abord la qualité du lien relationnel qu'il faut interroger. Ceci, parce que le suivi thérapeutique s'inscrit d'abord, et avant tout, dans un suivi relationnel, dans un suivi HUMAIN. Or, pour se sentir « en relation » avec nous, le patient doit pouvoir ressentir quatre impressions, le patient doit pouvoir se dire quatre choses, de nous, son interlocuteur de santé :

1. « *Il s'intéresse à ce que je pense* »
2. « *Il se représente ce que je ressens* »
3. « *Il me laisse la liberté de m'exprimer* »
4. « *Il respecte mes choix, même s'il n'est pas d'accord* »

Pour entretenir ces quatre sentiments, nous pouvons être attentifs à quatre de nos attitudes :

1. *Ecouter*
2. *Reformuler*
3. *Poser des questions ouvertes*
4. *Ne pas banaliser, juger ou interpréter, ni confronter les arguments.*

Face à un patient non observant, on peut ainsi après l'entretien prendre quelques instants pour faire le point : le malade peut-il ressentir ces quatre impressions ? Sur quelle attitude être plus attentif lors de la prochaine rencontre ?

Cette vigilance que l'on porte à la qualité du lien thérapeutique a une incidence directe sur l'observance. Elle limite les résistances du patient, qui apparaissent quand il ne se sent pas en relation avec le professionnel de santé qui l'accompagne dans son changement de comportement. Cette vigilance nous oblige aussi à prendre quelques instants pour faire le point sur la situation, ce qui nous aide à nous repositionner, et à mieux comprendre la personne. Cela nous amène aussi à nous poser une autre question essentielle dans l'interaction soignant/soigné : Qu'est ce qui est important pour lui ?

En effet nous, quand nous rencontrons le patient, nous avons une idée très précise de ce qui est important pour lui : ce qui nous semble important, à nous, c'est qu'il sorte de cette consultation avec le maximum d'informations pour sa santé, et qu'il suive les recommandations qu'on lui a formulées. Mais lui, qu'en pense-t-il ?

Bien sûr nous, professionnels de santé, nous avons nos obligations. Mais en même temps, si cela n'est pas le moment

pour lui, soit parce que l'annonce du diagnostic est trop proche, soit encore parce qu'il n'en a rien à faire, lui, du régime par exemple, depuis qu'il est au chômage, quel sens cela a-t-il, de vouloir à tout prix le gaver d'un savoir qu'il refuse ? Dans un cas comme celui-ci, notre réflexion et celle de l'équipe doit intégrer cette réalité, car si l'on insiste lourdement à ce moment-là, alors que le patient n'est pas prêt, le lien thérapeutique, qui doit s'inscrire dans un suivi, et dans un suivi répétitions-le relationnel, ce lien thérapeutique part avec un lourd handicap, qui peut limiter dans la durée l'observance au traitement. Alors oui, posons-nous la question de savoir ce qui est important pour lui, avant de répondre à ce qui est important pour nous.

Concrètement cela veut dire parfois qu'il faut laisser le temps au temps. Il faut laisser la personne « digérer » un peu sa nouvelle situation, avant de lui proposer de nouveaux savoir-faire.

Pour un autre patient, cela voudra simplement dire l'écouter et comprendre ses difficultés et ses peurs. Grâce à cette écoute, on deviendra alors un interlocuteur crédible, quand il faudra l'aider à concilier autant que possible, son nouvel état de santé et les nouveaux projets qu'il devra à présent se définir, car avoir des projets est un élément essentiel dans la motivation au changement. Sans projet, pas de changement durable...

Bien, à présent que nous sommes attentifs à nos propres émotions, à la qualité du lien relationnel, et à ce qui est important pour le patient, concrètement, comment faciliter le changement lors de nos interventions ? Pour amorcer la réflexion dans

cette direction, nous allons présenter rapidement deux techniques d'entretien : l'entretien motivationnel et le questionnement socratique. Elles ont en commun de placer le patient au centre du processus décisionnel.

### L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'entretien motivationnel (EM) est un style d'entretien mis au point par Miller et Rollnick dans les années 80. Validée d'abord auprès de personnes alcooliques, cette approche est aujourd'hui de plus en plus utilisée dans la prise en charge de maladies chroniques, quand le patient doit modifier ses comportements de santé.

Dans cette démarche, le soignant n'essaie pas d'influencer le choix du patient, et proscrit de son discours tout ce qui pourrait donner ce sentiment : le débat d'arguments, le positionnement en qualité d'expert, le fait d'imposer les choix thérapeutiques, l'intimidation, la culpabilisation...

Opposé à ces attitudes dirigistes et infantilisantes, l'EM reconnaît au contraire que l'hésitation, l'ambivalence, face à un changement important, est un processus psychologique naturel. Plutôt que de tenter de le convaincre, la démarche sera plutôt d'amener le patient à réfléchir sur cette ambivalence, et à faire ses choix en se sentant libre. Cette notion de liberté est en effet essentielle dans l'EM, afin d'éviter ce que Brehm (1966) a nommé la réactance psychologique : une personne qui a le sentiment que sa marge de liberté est limitée par autrui, aura tendance à vouloir rétablir cette liberté, même si le comportement que cela suppose est néfaste et/ou peu désiré au départ.

L'EM étant une pratique complexe, nous renvoyons le lecteur à la littérature pour une connaissance plus affûtée de la question. Néanmoins pour éveiller l'intérêt et donner envie de pousser plus loin la réflexion, nous allons à présent utiliser quelques principes de l'EM à travers un cas de patient.

Hélène a 34 ans, 2 enfants en bas âge qu'elle élève avec son mari. Elle a pris beaucoup de poids avec ses grossesses, ce qui l'a déprimée et aujourd'hui vous la suivez parce qu'elle est obèse. Obèse au point, vous dit-elle, d'avoir de plus en plus de mal à s'occuper de ses enfants, quand il faut par exemple se baisser ou porter la poussette dans les escaliers. Elle vit très mal le fait de ne plus pouvoir jouer son rôle de mère comme elle le voudrait. Mais en même temps, au fur et à mesure plus déprimée, elle alterne de réels efforts alimentaires, avec des périodes où, comme elle dit, elle se goinfre, car elle a le sentiment que rien ne change.

L'observance de cette patiente est donc très moyenne. Et plus on tente de la convaincre de faire des efforts, et plus elle se braque, et grignote. Notre objectif sera donc d'amener Hélène à réfléchir sur son ambivalence, sur les comportements que cela génère, en lui donnant le sentiment de ne pas être jugée, mais au contraire celui d'être libre de ses choix.

Dans ce but, nous allons tout d'abord explorer sa situation et les difficultés qu'elle rencontre quant au changement de comportement. Nous allons faire le lien entre ces pensées, les émotions qu'elles suscitent, et les comportements que finalement Hélène adopte par dépit. Par exemple ici, sa difficulté est qu'elle a le

## INFORMATIONS THÉRAPEUTIQUES

Journées d'études - ADLF - Clermont-Ferrand 2005

Motiver le patient à l'éducation thérapeutique : Repenser notre pratique pour accompagner le changement

sentiment que rien ne change quand elle fait des efforts. Elle se sent impuissante, et dans ces moments-là, comme elle pense être une mauvaise mère qui n'arrive pas à bien s'occuper de ses enfants à cause de son poids, elle se déteste encore plus, et mange davantage. L'aider à faire le lien entre ces trois aspects - difficultés, émotions, comportements - c'est déjà l'aider à mieux analyser sa situation. Mais l'intérêt de faire ce lien peut être double : Hélène n'est pas forcément fière de son comportement quand elle se goinfre, comme elle dit. Elle peut même se trouver complètement irresponsable d'agir de la sorte. Et cela rend Hélène d'autant plus mal à l'aise quand elle doit en parler, de peur d'être jugée. Or le fait de faire ce lien, favorise la distinction entre la personne et son comportement. Ce n'est pas elle en tant que personne que l'on étudie, mais son comportement quand elle est en difficulté. Cette distinction, qui s'opère quand on souligne le lien entre ces trois aspects, favorise le fait de ne pas se sentir jugé.

Dans un deuxième temps, nous allons ensuite demander à Hélène de nous parler de ses projets, c'est-à-dire des choses qu'elle aimerait faire, indépendamment de sa santé actuelle. Ici, le projet d'Hélène, c'est de pouvoir s'occuper librement de ses enfants. Cela peut lui donner envie de faire des efforts dans la durée, car répétons-le, sans projet, il n'y a pas de changement durable des comportements. C'est parce que le patient peut se projeter dans un futur désirable, s'il modifie ses habitudes, qu'il maintiendra ses efforts quotidiens. Il ne faut donc surtout pas hésiter à faire parler Hélène de ses projets. Il faut même insister beau-

coup sur ce temps de l'entretien. Il faut qu'elle nous raconte les émotions qu'elle va ressentir, il faut qu'elle imagine concrètement le plaisir qu'elle va y prendre. En un mot, il faut lui rendre le futur désirable.

Arrivé à ce stade de l'entretien, nous avons alors à notre disposition assez de matériel pour mettre en mots l'ambivalence : « Alors Hélène si je comprends bien ce que vous me dites, d'un côté vous avez le sentiment de faire des efforts sans vraiment de résultats, ce qui vous déprime et vous amène à grignoter et prendre du poids, et d'un autre côté vous avez très envie de pouvoir vous occuper de vos enfants sans être gênée par les kilos en trop, c'est bien cela ? » L'ambivalence est au cœur du processus décisionnel. Souligner cette ambivalence, c'est souligner le décalage existant entre sa situation actuelle et les désirs de la personne, afin de favoriser les changements qu'elle se souhaite.

Bien entendu, et parce que le changement a plus de chance de s'opérer, si Hélène a le sentiment de pouvoir le réussir, tout au long de l'entretien on va renforcer tous les propos qu'elle tient où elle exprime sa capacité à le mettre en place. On va également souvent résumer ses réflexions, pour l'aider à les préciser et à les approfondir. On peut également lui proposer une anticipation du futur, sous la forme d'une balance par exemple : « Hélène, alors ce que je vous propose à présent, c'est d'essayer de vous projeter un peu dans le futur, pour que vous puissiez prendre ensuite votre décision, en ayant abordé ensemble tous les aspects. Ce que je vais vous demander c'est de me parler de vous, dans quelques années, par

exemple dans 5 ans, en imaginant les 2 situations possibles en fonction des choix qui s'offrent à vous. D'abord je vais vous demander de vous imaginer dans 5 ans si rien ne change, c'est-à-dire si vous continuez à prendre du poids. Ensuite je vais vous demander de vous imaginer toujours dans 5 ans, mais cette fois, si vous avez maintenu dans la durée une alimentation comme vous dites « plus raisonnable », c'est-à-dire une alimentation qui vous permet, même lentement, de perdre peu à peu du poids. Vous êtes d'accord ? »

En fait, on ne va pas lui dire, nous, ce qui peut lui arriver dans l'avenir, cela aurait beaucoup moins d'impact sur sa décision. On va simplement être là pour qu'elle mette ses mots et ses émotions, sur son avenir, tel qu'elle l'imagine, en fonction des choix qui s'offrent à elle, c'est-à-dire si « je change », ou si « je ne change pas ». Nous sommes là simplement pour l'aider à explorer toutes les dimensions de sa vie à venir, et l'inviter à mettre des mots sur la manière dont elle imagine par exemple sa santé, son moral, les répercussions sur sa famille, son travail, ses loisirs, son confort... Nous serons donc particulièrement vigilants à ne pas la guider vers un choix plutôt qu'un autre. On va juste synthétiser ce qu'elle nous dit, par exemple en le notant sur un tableau. Quand elle aura fini, on pourra alors résumer les avantages et les inconvénients de chaque choix. Ce sera aussi le moment pour lui redire que l'on respectera ses choix, et si un jour elle décide de faire le choix du régime dans la durée, on sera là pour l'accompagner, et répondre à toutes les questions qu'elle pourra se poser.

Voici donc un exemple d'entretien susceptible d'aider l'autre à réfléchir sur son ambivalence au changement, en se sentant libre et non jugé sur ses choix. Dans ces conditions, et parce qu'Hélène a pu le faire librement, elle a le plus de chances de faire les choix qui sont bons pour elle, et donc le plus souvent bons pour sa santé.

Cependant, même si Hélène est à présent motivée pour prendre soin d'elle, cela ne l'empêche pas d'éprouver certaines craintes face au changement de comportement à venir. Ces craintes peuvent même l'empêcher d'initier, ou de maintenir, les modifications pourtant désirées. Dans ce type de situation, nous allons voir que le questionnement socratique, parce que lui aussi place la personne au centre du processus décisionnel, peut être une technique particulièrement utile.

## LE QUESTIONNEMENT SOCRATIQUE

Par exemple Hélène pourrait nous confier ce type de craintes :

- « *J'ai déjà essayé de faire des régimes, mais je n'ai pas assez de volonté.* »
- « *Dans ma famille il n'y a rien à faire, c'est génétique, on est tous gros.* »
- « *Je n'ai pas le droit de demander aux autres de faire des efforts pour moi* » *comme par exemple si elle nous dit « je ne peux pas leur demander de cuisiner sans sel, c'est quand même moins bon.* »

Ces pensées limitent le changement de comportement, mais elles sont difficiles à modifier car elles sont à la fois un peu vraies, et en même temps un peu subjectives, car elles traduisent par exemple :

- Une vision dévalorisée de sa personne
- Une vision pessimiste de la réalité
- Une vision culpabilisée de son rapport à l'autre

Ces pensées nous mettent même parfois un peu mal à l'aise. En effet, comment y répondre ? Soit on évite d'approfondir la crainte qui vient d'être exprimée, ce qui bien sûr n'arrange rien. Soit on essaie de rassurer le patient en lui disant par exemple : « Mais si, vous allez y arriver, il faut être plus positif ! » Cependant dans ces deux cas, on prend le risque de donner au patient le sentiment de n'être ni entendu, ni compris.

Troisième possibilité, on essaie de découvrir les arguments qui sont à l'origine de cette pensée. Par exemple : « Qu'est ce qui vous amène à penser cela ? » Ce type de réponse est évidemment préférable, car en effet, que fait-on ? On essaie de modifier la pensée limitant le changement de comportement, non pas en partant de notre savoir professionnel, mais en partant du patient. On va s'appuyer sur ses propres connaissances, sur ses propres représentations, sur ses propres expériences, pour l'aider à relativiser la situation, et faire la part des choses entre la réalité et le subjectif. On opère, grâce à un questionnement de type socratique, ce que l'on appelle une restructuration cognitive, c'est-à-dire une mise en perspective de la pensée qui pose problème.

Maintenant concrètement, comment peut-on procéder ? On peut par exemple articuler notre intervention sur la pensée limitante de cette manière :

### **1. Questionner les raisons qui justifient ses craintes.**

Il est essentiel en effet de ne pas évacuer trop rapidement ces raisons. Si le patient a le sentiment que nous sommes à l'écoute des raisons qui justifient ses craintes, il pourra alors ensuite investir de la même manière, sans réactance, les arguments qui peuvent les relativiser.

### **2. Amener le patient à relativiser ses craintes.**

C'est-à-dire questionner la personne de manière à ce qu'elle trouve en elle, les arguments qui pourraient l'amener à penser le contraire. En fonction des situations, on peut utiliser plusieurs astuces dans le questionnement. Nous en reprenons ici quelques-unes à titre d'exemple.

- Questionner le degré de certitude

« *Vous êtes sûr qu'il n'y a qu'une composante génétique pour expliquer le surpoids de votre famille ?* »

- Rechercher des arguments contradictoires

« *Quand vous avez fait des régimes, avez-vous déjà constaté quelques résultats ?* »

- Inverser la situation

« *Si votre jeune sœur vous disait qu'il n'y a rien à faire pour maigrir, comment pourriez-vous la rassurer ?* »

On constate en effet qu'avec certains patients, ce qui est vrai pour eux ne l'est pas forcément pour les autres. Ils sont souvent plus durs avec eux-mêmes.

- Recueillir des avis extérieurs

« *Est-ce que vos amis, ceux qui vous connaissent bien, pensent qu'il n'y a rien de tout à faire pour votre poids ?* »

- Lui demander son avis face à un exemple donné par nous, et auquel il puisse s'identifier

On utilise cette astuce de questionnement quand vraiment le patient ne trouve pas dans son expérience des situations sur lesquelles on peut lui demander de réfléchir. Cependant dans ce cas, il faut être attentif à ne pas prendre des exemples de patients trop « parfaits », pour que notre patient actuel puisse s'y identifier.

### 3. Résumer les arguments énoncés par le patient

Là encore, pour le laisser libre de ses choix, on ne va pas tenter de l'influencer. On va simplement résumer ses propos, sur un tableau à deux colonnes par exemple, et lui demander ce qu'il en pense.

### 4. Laisser du temps

Ce serait en effet un quatrième point à rajouter à cette approche socratique du questionnement, tant il est primordial de

laisser à la personne, le temps dont elle a besoin, pour que mûrisse, si elle doit un jour mûrir, la réflexion initiée ensemble. Ce n'est pas forcément en 5 minutes que notre patient va modifier sa pensée, et il faut l'accepter. Mais parfois on a la chance de le voir revenir au prochain rendez-vous en nous disant : « j'ai repensé à ce dont on a parlé la dernière fois... »

Cette phrase, et nous concluons ici notre réflexion, souligne un aspect de notre rôle à nous, les professionnels de santé : créer les conditions favorables pour aider le patient à penser sa maladie, ceci à son rythme, pour qu'il puisse sortir de l'évitement, de la passivité ou de l'opposition. Dans l'éducation thérapeutique, comme dans tout type de prise en charge, il est essentiel pour cela de cultiver un lien relationnel de qualité, et de toujours replacer la personne au centre du processus de décision, en fonction de ce qui est important pour elle, en fonction de ses difficultés, et en fonction de ses expériences.

### références bibliographiques

MILLER W.R., ROLLNICK S., *Motivational interviewing : Preparing people to change addictive behavior.* New-York : The Guildford Press, 1991.

BREHM J.W., *A theory of psychosocial reactance.* Academic Press, New York, 1966.

DUNN C., DEROO L., RIVARA F.P., *The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains : a systematic review.* *Addiction* 2001; 96 (12) : 1725-1742.\*