



## Outils



## Revue Médicale Suisse

Revue Médicale Suisse N°126 publiée le 26/09/2007

## L'intervention brève motivationnelle au cabinet du médecin de premier recours

Article de J. Sommer A. Rieder-Nakhlé P. Gache

Le médecin de premier recours voit une grande proportion de la population : il est donc bien placé pour promouvoir la santé par la prévention et aider les patients à changer de comportement de santé. Deux méthodes reconnues efficaces pour aider les patients à changer sont l'intervention brève «5 A's» et l'entretien motivationnel. Nous présentons la combinaison de ces deux pratiques. L'entretien est structuré d'après les recommandations de l'intervention brève, adaptées en six étapes : 1) l'agenda ; 2) l'exploration de l'ambivalence ; 3) aviser, conseiller ; 4) l'accord ; 5) aider et 6) arranger, organiser. Il s'inspire de l'entretien motivationnel pour ce qui est du climat de non-jugement, du respect de l'autonomie du patient et du climat de partenariat pour aider le patient à explorer puis sortir de son ambivalence afin d'engager le changement.

## introduction

Le médecin de premier recours est idéalement placé pour mener à bien des actions de prévention encourageant les changements de comportements à risque puisqu'il voit une proportion élevée de la population et que les patients s'attendent à recevoir de la part de leur médecin traitant des informations et de l'aide concernant la prévention.<sup>1,2</sup> Bien que les cliniciens s'accordent à penser que la prévention est utile à la santé, ils expriment des doutes quant à la possibilité de pouvoir influencer le comportement de leurs patients,<sup>3</sup> la prévention est donc insuffisamment mise en pratique (moins de 38% des praticiens rapportent la mettre en pratique dans plus de 80% des cas).<sup>4</sup>

La littérature rapporte qu'un entretien structuré et court centré sur l'un ou l'autre des facteurs de risque comportementaux, appelé également «intervention brève» (IB) peut amener un patient à changer de comportement :<sup>5</sup> l'IB a été largement évaluée dans plusieurs domaines chez le médecin généraliste.<sup>6,7,8</sup> En parallèle, l'entretien motivationnel accumule des preuves croissantes de son efficacité à aider les patients à changer de comportement dans différents domaines comme le tabagisme, la surcharge pondérale, les addictions (alcool, drogues) ou la sédentarité :<sup>9</sup> l'entretien motivationnel nous donne des pistes pour l'approche relationnelle et le style de l'intervenant qui favorise la motivation du patient à changer. Nous allons décrire une combinaison intervention brève entretien motivationnel pour aborder en cinq à dix minutes un comportement de santé, sans provoquer une résistance du patient et en espérant l'influencer favorablement.

Vous revoyez un patient coronarien de 56 ans, après la convalescence de son deuxième infarctus. Il fume, a un BMI à 28,5 kg/m<sup>2</sup>, une hypercholestérolémie et est sédentaire. Vous décidez d'essayer d'agir sur ses facteurs de risque autrement que par la simple prescription d'une batterie de médicaments protecteurs...

## qu'est-il utile de faire ou de dire ?

Prenez une minute pour réfléchir à la méthode que vous choisiriez (à ce que vous diriez), avant de poursuivre.

Ce qui ne marche pas bien

\* La menace : seule une minorité de patients y est sensible ; la majorité des patients poursuivra les mêmes habitudes.

Soignant : «Avec ce qui vous est arrivé, vous savez qu'il faudrait que vous changiez, sinon vous risquez de...»

\* Le blâme ou le jugement ne vont le plus souvent que renforcer les excuses, les justifications et finalement la résistance au changement du patient.

Soignant : «Il n'est vraiment pas bon pour vous de...»

Patient : «Mais vous ne vous rendez pas compte, docteur, comme il est difficile de...»

\* Les arguments scientifiques de l'avis expert et une attitude très directive qui cherche à convaincre les patients de l'utilité du changement de comportement, engendrent le plus souvent un accord passif du patient, un acquiescement, mais restent le plus souvent sans effets.

\* La simple prise de parti pour essayer de convaincre le patient à changer engendre des justifications et une prise de positions inverse qui rendent le changement difficile.

Soignant : «Vous savez qu'il faudrait que vous arrétiez de...»

Patient : «Oui, vous avez raison, mais en ce moment j'ai un tel stress au travail...»

Quand le soignant adopte ce genre d'attitude dans l'entretien, le patient se montre résistant au changement. C'est le royaume du «oui, mais».

Ce qui marche mieux

L'intervention brève....

La littérature a largement étudié les interventions de conseils en médecine de premier recours visant à changer les comportements des patients. Il ressort des méta-analyses que l'intervention brève est l'approche la plus appropriée pour permettre, en un temps limité, d'aborder un comportement avec un patient dans le but de tenter de le faire changer.<sup>5</sup> L'IB a été développée en particulier pour les interventions tendant à favoriser l'arrêt du tabac, réduire la consommation d'alcool puis dans le domaine de la prévention.<sup>10</sup>

Nous décrivons ici une forme adaptée des five A's, les «5 A's» de l'IB : les différentes étapes structurent l'intervention en permettant, après avoir défini le thème, d'évaluer le comportement de santé, de conseiller le patient en fonction de ses besoins, pour ensuite se mettre d'accord sur un objectif réaliste, en l'aidant à s'appuyer sur les ressources nécessaires, surmonter les obstacles et organiser le plan d'action et le suivi. Nous proposons de rajouter une étape tout au début de l'IB, qui permet de faire la transition entre le reste de la consultation médicale et de s'assurer de l'accord du patient : négocier l'agenda (agenda).

... Et l'entretien motivationnel (tableau 1)

L'entretien motivationnel a été tout d'abord développé dans le domaine de la dépendance à l'alcool et des drogues illégales.<sup>11</sup> Il a ensuite été adapté à la médecine de premier recours pour favoriser les modifications de comportement de santé.<sup>12</sup>

L'entretien motivationnel développe une approche relationnelle centrée sur le patient se basant sur la collaboration, l'autonomie du patient et l'évocation par le patient de son opinion et de ses propres solutions. Il s'appuie sur les outils de la communication (la reformulation-reflet, les questions ouvertes, la valorisation et les résumés) pour amener le patient, dans un climat de non-jugement, de confiance et d'empathie, à explorer son ambivalence afin de pouvoir la résoudre. Le soignant devient un guide qui aide le patient à trouver son chemin vers le but qu'il s'est lui-même fixé.

Nous allons à travers la situation clinique citée plus haut revoir pas à pas les étapes de l'intervention brève et voir de quelle manière on peut les associer à l'entretien motivationnel.

Tableau 1. L'intervention brève motivationnelle * nouvelle étape proposée.	
Agenda*	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer de l'accord du patient</li> <li>Définir le comportement à discuter en priorité</li> </ul>
Evaluer l'ambivalence (Assess)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explorer l'ambivalence en cherchant à faire surgir du discours un changement (raisons de changer et confiance en soi)</li> <li>Comprendre le vécu : les croyances, représentations, connaissances et expériences antérieures</li> <li>Quantifier la consommation</li> </ul>
Aviser, conseiller (Advise)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar en respectant les trois phases (explorer, informer, explorer)</li> </ul>
Accord (Agree)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Définir ensemble des objectifs (réalistes et atteignables) en précisant la première étape</li> <li>Clarifier les méthodes de changement</li> </ul>
Aider (Assist)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clarifier et valoriser les ressources internes (qualités, ressources) et les ressources externes (réseau, entourage, soignants)</li> <li>Anticiper les barrières</li> </ul>
Arranger, organiser (Arrange)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Définir les modalités de suivi</li> <li>Définir les méthodes d'évaluation des résultats et les échéances</li> </ul>

«agenda» : agenda négocié

Il est important en début d'entretien d'obtenir l'accord du patient sur le fait d'aborder un comportement et d'en discuter, et de définir avec lui quel comportement il souhaite aborder en premier. Cela en respectant son autonomie et sa capacité de décision.

Essayez de réfléchir de quelle façon vous pourriez obtenir l'accord du patient concernant l'agenda (le thème et le programme).

Soignant : «Seriez-vous d'accord que nous prenions quelques minutes pour parler de...»

ou

«Parmi le tabac, l'alimentation et le désir de bouger plus, par quoi serait-il le plus utile de commencer à discuter ?»

«**assess**» : explorer, évaluer (l'ambivalence)

Au cours de cette étape, on explore l'opinion du patient quant à ce comportement : on cherche à comprendre son vécu, ses représentations réelles. Par exemple, si le patient choisit de parler du tabac, on cherche d'abord à savoir ce qu'il pense de son tabagisme et ce qu'il veut en faire avant de quantifier sa consommation.

On cherche à explorer l'ambivalence du patient pour connaître les arguments qui le poussent à maintenir son comportement actuel (par exemple les avantages de fumer) puis on cherche à connaître les raisons qu'il aurait de changer (avantages d'arrêter et désavantages de fumer) et les difficultés qu'il rencontrerait s'il arrêta (désavantages d'arrêter).

Tout cela pour qu'il exprime le «discours-changement» : tous les arguments que le patient peut produire en faveur du changement. En effet, plus le patient s'exprime en faveur du changement lui-même (bonnes raisons de changer, besoins de santé ou pour le travail par exemple), plus il exprime son engagement à changer, et plus grande est la probabilité qu'il change. Le soignant cherchera donc à induire du discours-changement chez le patient, puis à le lui refléter.

Pour explorer l'ambivalence, il est utile de lui poser des questions ouvertes. Ci-dessous, nous décrivons différentes façons d'explorer l'ambivalence. Réfléchissez de quelle façon vous pourriez explorer l'ambivalence du patient.

Soignant : «Que pensez-vous du tabac (de votre consommation d'alcool, etc.) ?»

Patient : «Je sais que c'est mauvais pour la santé et j'aimerais bien diminuer ou arrêter ; en même temps je ne sais pas par où commencer.»

---

Soignant : «Que vous apporte le tabac (l'alcool, autre) ?»

Patient : «Vous savez, j'ai un travail très stressant en ce moment, c'est la fin de l'année et il y a beaucoup d'échéances qui tombent, alors les moments où je fume me donnent des petits temps de pause, comme des respirations dans cette course effrénée et cela me détend.»

---

Soignant : «Qu'est-ce qui vous dérange dans le fait que vous fumez (buvez, êtes en surpoids) ?»

Patient : «D'abord c'est mauvais pour ma santé et, en plus, mes enfants arrivent à l'adolescence et je n'aimerais vraiment pas qu'ils fument, mais que voulez-vous que je leur dise s'ils me voient fumer. Je ne supporterais pas d'en voir un fumer et de penser qu'ils suivent mon exemple.»

---

Soignant : «Quelles seraient pour vous les raisons de changer ?»

Patient : «Je pense que je donne l'exemple à mes enfants et que c'est urgent que j'arrête pour éviter qu'ils ne commencent. Et puis, il y a le souffle, quand je vais jouer au tennis, à chaque fois cela m'énerve d'être si peu en forme et si vite essoufflé, j'ai l'impression de cracher mes poumons.»

---

Soignant : «Que désireriez-vous faire par rapport à la cigarette (le poids, l'alcool) ?»

Patient : «Je ne sais pas... j'aimerais tant arrêter, en même temps j'ai déjà essayé, je ne pense pas y arriver.»

Pour favoriser l'exploration de l'ambivalence, il est utile de réagir aux propos du patient en lui reformulant ce que nous avons compris de son ambivalence, en exprimant aussi les émotions exprimées (verbalement ou non verbalement). On utilise alors les outils de résumé et de reflet (reflet simple des faits énoncés et reflet complexe par expression des émotions ressenties).

Soignant : «Donc d'un côté, la cigarette vous détend et vous offre des minutes de pause dans votre course quotidienne et, d'un autre côté, vous n'aimez pas l'image de vous comme personne dépendante, et vous me semblez même en colère contre vous-même quand vous parlez de l'exemple que vous n'aimez pas donner à vos enfants.»

C'est dans le reflet et le résumé qu'il est utile de souligner les éléments du discours changement. Toutefois, si l'on ne reflète que les éléments du discours changement et qu'on omet les difficultés à changer et les avantages du comportement, le patient va considérer que le soignant prend parti pour le changement et va très probablement défendre la position du maintien en justifiant son comportement ou en rappelant pourquoi il ne change pas ; la résistance réapparaît. Il est recommandé de refléter les deux côtés de l'ambivalence en commençant par rappeler les difficultés ou avantages du statu quo et en reformulant ensuite les éléments du discours changement.

Soignant : «D'un côté, le tabac vous procure de la détente et vous permet de souffler dans vos journées stressantes et, de l'autre côté, vous souhaiteriez diminuer votre consommation de cigarettes pour retrouver plus de souffle au tennis et parce que vous désirez éviter de donner un mauvais exemple à vos enfants.»

Il est utile également d'évaluer la confiance que le patient a d'y arriver ; parfois les patients ont toutes les bonnes raisons de vouloir changer, mais la confiance en eux pour y parvenir est très basse (parfois à force d'échouer). Il est

important alors d'aider le patient à reconnaître les ressources qu'il pourra utiliser pour mettre en place un changement.

Réfléchissez à la façon que vous utilisez pour aider le patient à exprimer ses forces et ses qualités. On peut le questionner sur ses forces et ressources qui l'aident pour d'autres situations, ou qui l'ont aidé à accomplir des décisions dans d'autres moments de sa vie.

Soignant : «Quelle est la confiance en vous d'y arriver ? Sur une échelle de zéro à dix, si zéro n'est "aucune confiance" et dix "très confiance" ?»

Patient : «Je dirais quatre, j'ai essayé plusieurs fois, mais je n'y arrive pas.»

Soignant : «Et pourquoi quatre et pas zéro ?»

Patient : «Parce que je suis quand même une personne assez déterminée et têtue et quand je décide quelque chose, c'est rare que je ne m'y tienne pas, du moins quand d'autres personnes sont impliquées ; c'est quand je suis seul face à ma décision que je suis moins fiable. En fait, je me rends compte que mes enfants sont impliqués dans cette décision, même s'ils ne m'ont rien demandé.»

Pour renforcer la confiance en lui et aider le patient à reconnaître ses ressources et ses forces pour changer, il est utile de valoriser les efforts et qualités du patient (plus que les résultats).

Soignant : «Donc dans les décisions qui impliquent les autres, vous êtes une personne très fiable et je vous félicite du souci que vous avez d'être un bon exemple pour vos enfants.»

Dans la phase d'évaluation, on peut également terminer en quantifiant les difficultés (quantité de tabac, temps entre le lever et la première cigarette, quantité d'alcool bu, poids, nombre de tentatives de changer, précédentes et méthodes, etc).

#### «advise» : aviser, conseiller, informer

Prenez une minute pour réfléchir de quelle façon vous allez donner des informations au patient.

Il s'agit dans cette étape de répondre aux besoins d'information du patient, plutôt que de faire une conférence sur ce que nous pensons qu'il est utile au patient de savoir. Le plus utile est de favoriser des questions de la part du patient et d'y répondre. On peut ainsi se faire une idée de ce que le patient sait déjà et compléter par des informations utiles et adaptées au langage du patient.

Soignant : «Vous m'avez parlé de vouloir arrêter de fumer en utilisant un remplacement de la nicotine. Que savez-vous des différentes modalités qui existent et que voudriez-vous savoir de plus ?»

Après avoir donné une explication, on favorise la compréhension et la rétention de l'information par le patient si on le questionne sur son opinion ou sa façon de s'approprier l'information.

Soignant : «Maintenant que je vous ai expliqué les patchs, les gommes et les inhalateurs, que pensez-vous de ces différentes formes pour vous-même ?»

On pratique ainsi l'explication toujours en trois phases (explorer-informer-explorer) :

1. on explore les connaissances et le questionnement du patient ;
2. on informe en répondant spécifiquement à ses besoins et questions ;
3. on vérifie sa compréhension et son opinion concernant ces informations.

Toute information est mieux comprise et retenue si elle est donnée par écrit : l'adjonction à l'explication d'un document écrit renforce la compréhension. On peut soit accompagner l'explication par un dessin ou des mots notés, soit un document imprimé peut venir soutenir l'information (atlas, images, documentation ou brochures pour patients).

#### «agree» : accord avec le patient concernant le plan d'action

Prenez une minute pour réfléchir de quelle façon vous allez déterminer un plan d'action avec le patient.

Lorsque l'ambivalence a été explorée, on demande au patient de déterminer sa première étape et l'objectif qu'il désire atteindre. On négociera avec lui pour définir des modalités concrètes, réalistes et atteignables en s'adaptant à son rythme. Il est fréquent d'observer que les attentes des soignants sont très importantes, ce qui freine le patient et va développer à nouveau de la résistance. Si l'on suit le patient, il y a davantage de chances à le faire avancer pas à pas. Là encore, il s'agit d'utiliser des questions ouvertes pour faire élaborer par le patient des modalités de changement.

Soignant : «Après cette discussion, quelle serait pour vous la première étape, la première chose que vous désirez entreprendre jusqu'à la prochaine fois ?»

**«assist» : aider**

Pour aider le patient à mettre en œuvre son plan d'action, il est utile de clarifier avec lui les ressources internes (qualités, ressources) ou externes (réseau, entourage, soignants) sur lesquelles il pourra s'appuyer.

Il est important de définir les modalités concrètes avec le patient en identifiant avec lui les barrières au changement qu'il risque de rencontrer et d'anticiper avec lui des pistes pour les surmonter.

Soignant : «Donc pendant vos vacances, vous allez pouvoir compter sur votre ami qui a arrêté de fumer, il y a deux mois, et que vous allez informer de votre démarche. Ainsi lorsque vous serez très tenté de fumer, vous irez jouer au tennis avec lui pour vous défouler.»

**«arrange» : arranger, organiser**

En fin d'intervention, il convient de déterminer concrètement la suite avec le patient : définir avec lui quels résultats il espère et à quelle échéance, de même que les modalités d'évaluation des résultats. Le suivi doit être négocié puis clairement précisé.

Soignant : «Comment désirez-vous poursuivre et comment allons-nous évaluer vos efforts ?»

Patient : «Cela m'aiderait si je pouvais vous revoir toutes les semaines au début, comme ça nous pourrions voir si j'ai réussi à diminuer à dix cigarettes la semaine prochaine et si, lorsque je suis tenté, j'ai réussi à appliquer mes stratégies d'évitement.»

**conclusion**

En associant l'entretien motivationnel et l'intervention brève, on structure l'entretien dans un climat de partenariat et de respect mutuel. Ces étapes ne sont pas toutes indispensables et ne doivent pas être suivies dans un ordre chronologique. Elles aident à structurer les différents aspects à aborder pour aider le patient à définir un plan d'action de changement.

Pour respecter l'entretien motivationnel, il est important de suivre le rythme et l'autonomie du patient, sans le juger et sans prendre parti, de lui faire confiance en le laissant déterminer ses priorités et de chercher à comprendre son point de vue en le poussant à clarifier son ambivalence pour essayer de la résoudre.

C'est en pratiquant l'entretien motivationnel et en s'adaptant aux réactions du patient que l'on acquiert l'expertise pour aider les patients à changer de comportement.

Auteur(s) : **J. Sommer A. Rieder-Nakhlé P. Gache**

Contact de(s) l'auteur(s) : **Dr Johanna Sommer Service de médecine de premier recours Drs Arabelle Rieder-Nakhlé et Pascal Gache Unité d'alcoologie, Service de médecine de premier recours Département de médecine communautaire HUG,1211 Genève 14 johanna.sommer@hcuge.ch arabelle.rieder-nakhle@hcuge.ch pascal.gache @hcuge.ch**

**Bibliographie** : 1 \* Slama KJ, Redman S, Cockburn J, Sanson-Fisher RW. Community views about the role of general practitioners in disease prevention. *Fam Pract* 1989;6:203-9. 2 Cornuz J, Etienne S, Ruffieux Ch, Humair JP. Do all smokers expect smoking cessation counseling from their primary care physician ? *Abstract SSMI* 2004. 3 Wechsler H, Levine S, Idelson RK, Schor EL, Coakley E. The physician's role in health promotion revisited – a survey of primary care practitioners. *N Engl J Med* 1996;334:996-8. 4 Ewing GB, Selassie AW, Lopez CH, McCutcheon EP. Self-report of delivery of clinical preventive services by US physicians : Comparing specialty, gender, age, setting of practice, and area of practice. *Am J Prev Med* 1999; 17:62-72. 5 Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioural counseling interventions : An evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002; 22:267-84. 6 Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007:CD004148. 7 Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD001292. 8 Pinto BM, Goldstein MG, Ashba J, Sciamanna CN, Jette A. Randomized controlled trial of physical activity counseling for older primary care patients. *Am J Prev Med* 2005;29:247-55. 9 Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psycho* 2005;1:91-111. 10 \* Eiford W. Canadian task force on preventive health care. 2000. [www.ctfphc.org](http://www.ctfphc.org) 11 \*\* Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. Paris. InterEditions Dunod, 2005. 12 \*\* Rollnick S, Mason P, Butler C, et al. Health behavior change, a guide for practitioners. Edinburg. Churchill Livingstone, 1999. \* à lire \*\* à lire absolument

Mots-clef :

Numéro de revue : **126**

Numéro d'article : **32597**

**>Retour en haut de page<**