

Comment susciter et soutenir la motivation d'un patient à prendre soin de soi dans le cadre de l'ETP ?

Introduction

Être atteint d'une maladie chronique suppose de réaliser des changements personnels importants et d'adopter de nouveaux comportements (prise quotidienne des traitements, habitudes alimentaires spécifiques...).

Ces changements sont complexes et dépassent la seule compréhension de la maladie et l'attention que le patient porte à sa santé. Ils sont influencés de manière positive ou négative par des facteurs fragilisant ou protecteurs qui interagissent entre eux : cognitifs, émotionnels, comportementaux et sociaux⁽¹⁾. Ils sont également modulés par des facteurs socioéconomiques, psychosociaux et thérapeutiques (relation avec l'équipe médicale, type de traitement)⁽²⁾.

Dans le cadre de l'ETP, prendre en compte ces facteurs s'avère nécessaire pour soutenir le patient dans ses changements (comportementaux et psychiques) et dans sa motivation à changer, mais aussi pour lui permettre d'aller à son rythme en proposant un accompagnement adapté.

Facteurs psychosociaux qui influencent le changement de comportement

Les théories en sciences sociales apportent un éclairage sur les facteurs psychosociaux qui ont un impact sur l'origine et le changement d'un comportement de santé.

Le **modèle de croyance en santé**⁽⁴⁾, la **théorie du comportement planifié**⁽⁶⁾, ou encore la **théorie de l'auto-efficacité**⁽⁶⁾, mettent en évidence les facteurs psychosociaux (la vulnérabilité perçue face à la menace en santé, l'attitude envers le comportement à adopter, la perception de contrôle de son comportement...) qui influencent l'adoption ou non de comportements de santé.

De même, la théorie des représentations sociales souligne l'impact de l'environnement social et culturel (croyances et normes qui le constituent) sur la manière dont les patients perçoivent les comportements et décident de les adopter ou pas⁽⁷⁾.



Pour la pratique :

Pour accompagner les patients vers un changement et soutenir leur motivation, il s'agit de prendre en compte leurs croyances, représentations et normes autour de la santé et de la maladie au regard du contexte social et culturel, dans lequel ils évoluent.

Réalisé par le Comité Régional d'Éducation pour la Santé (CRES), dans le cadre du centre de ressources en Éducation Thérapeutique du Patient, avec l'appui financier de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Motivation interne, motivation externe, et autodétermination

La motivation est un concept clé qui conditionne à la fois l'investissement et la persévérance d'un comportement, d'une action...

Il est d'usage de distinguer 2 grands types de motivation : la motivation intrinsèque (interne) et la motivation extrinsèque (externe).

- **Motivation intrinsèque** : l'action est conduite uniquement par l'intérêt / le plaisir trouvé dans sa réalisation et sans récompense extérieure. C'est l'exemple d'une personne qui prend plaisir à faire du jogging une fois par semaine.
- **Motivation extrinsèque** : l'action est expliquée par une ou plusieurs conséquences extérieures au patient. L'action n'est plus une fin en soi mais un moyen d'obtenir quelque chose. C'est l'exemple d'une personne qui n'aime pas faire du jogging, mais qui en fait tout de même une fois par semaine, car c'est la seule manière qu'elle a trouvée pour ne pas prendre de poids.

Cette distinction motivation intrinsèque / extrinsèque a permis à un grand nombre de théories de se développer.

La théorie de **l'autodétermination** définie par Deci et Ryan est l'une d'entre elles, qui propose une approche intéressante de la motivation. Elle est applicable à différents domaines (éducation, travail, santé, etc.), et n'envisage pas la motivation d'un point de vue quantitatif, où l'individu est peu ou très motivé⁽¹⁰⁾.

Selon cette théorie, plusieurs sortes de motivations cohabitent chez un même patient.

En effet, les actions accomplies peuvent être alimentées par une motivation autodéterminée, c'est-à-dire choisie par lui-même, mais aussi par une motivation contrainte, à savoir, contrôlée par des pressions extérieures.

L'impact sur le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance d'un comportement, serait plus fort en présence des formes de motivation les plus autodéterminées. Par exemple, un enfant qui range sa chambre car il ressent du plaisir en voyant ses affaires bien rangées, maintiendra beaucoup plus ce comportement que s'il le fait juste pour éviter la punition.

Cette théorie parle d'un *continuum de motivation* : on peut, dans le cas d'une motivation extrinsèque, tendre vers un comportement autodéterminé sans qu'il n'y ait de plaisir de la part de l'individu. Par exemple, une personne qui n'éprouve aucun plaisir à faire le tri sélectif mais qui le fait car c'est en accord avec ses valeurs. Il y a donc une intériorisation des comportements sans qu'il n'en ressorte forcément de la satisfaction^{(11), (12), (13)}.

Pour la pratique :

Un des repères pour les intervenants en ETP est de réfléchir à la manière dont ils peuvent stimuler les motivations les plus autodéterminées possibles, c'est-à-dire les motivations guidées par le plaisir, l'intérêt, les valeurs ou encore le sens donné au changement...

En quoi la motivation est nécessaire et incontournable en ETP ?

Le but de la démarche éducative est d'accompagner les patients à développer leur pouvoir d'agir pour leur santé, afin de réaliser leur projet de vie.

Cela consiste à faire le point avec eux sur ce qui est important pour leur qualité de vie, et décider des changements à opérer dans leurs habitudes si besoin⁽⁶⁾.

Explorer et soutenir le désir de changement revient à questionner et soutenir la motivation qui va permettre de changer **durablement**. En effet, le changement ne pourra advenir que s'il repose sur la prise de conscience de **l'intérêt** de changer (c'est important et utile de le faire), des **capacités personnelles et des ressources** de l'environnement (quels sont les ressources disponibles et les obstacles à lever) pour y arriver durablement.

Chaque séance éducative est l'occasion d'aborder la motivation du patient pour qu'elle puisse s'engager dans l'activité proposée, en faisant le lien avec sa réalité de vie et son projet de changement. Apprendre ce qui est utile pour vivre au mieux avec sa maladie et prendre soin de soi au long cours nécessitent une motivation soutenue.

Pour la pratique :

Pour les professionnels, prendre conscience des motivations des patients permet de concevoir et d'animer des interventions éducatives plus pertinentes, à la satisfaction de tous. Eveiller et soutenir la motivation tout au long de la démarche éducative est donc un objectif essentiel à viser pour les acteurs en ETP⁽⁹⁾.

La posture motivationnelle et l'entretien motivationnel : quelques éléments de distinction

L'entretien motivationnel (EM) est centré sur le patient et son objectif de changement. Il vise à augmenter sa motivation interne en questionnant, dans un climat bienveillant, ses résistances et ses leviers au changement⁽³⁾. L'approche de l'EM demande un accompagnement sur la durée pour susciter et soutenir le patient dans les différentes étapes du changement, qui s'imbriquent et sont faites d'avancements comme de retours en arrière. Un EM unique de 15 minutes a pu aussi montrer son efficacité sur certains comportements (vaccination notamment). Toutefois, la durée et la fréquence des entretiens sont corrélées à une plus grande efficacité.

Dans le cadre de l'ETP, l'intervenant adopte une *posture motivationnelle* : il crée les conditions d'une **alliance** thérapeutique propice à l'accompagnement dans la maladie chronique.

À la différence de l'EM, la posture en ETP ne s'inscrit pas dans l'atteinte d'un changement de comportement spécifique et défini en fin de programme.

Pour la pratique :

En ETP, il s'agit d'adopter une posture inspirée de l'EM (bienveillance, altruisme etc.) visant davantage à susciter la motivation de changer qu'à obtenir le changement.

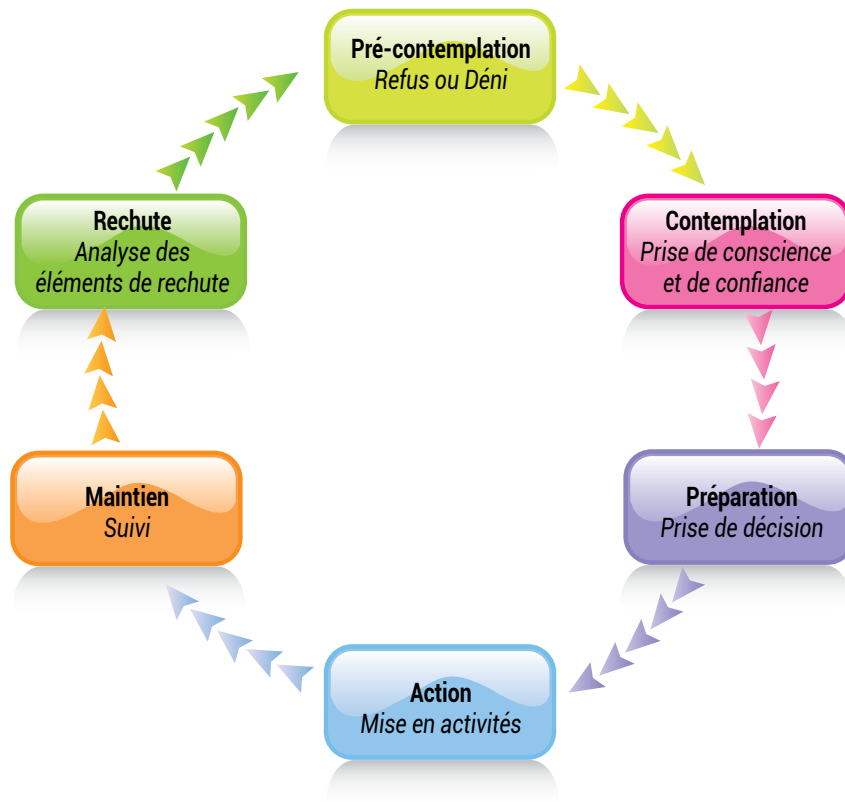
En revanche, l'accompagnement centré EM pourra être pleinement mis en œuvre lorsque le désir du patient de changer sera exprimé, parfois après la réalisation du programme d'ETP.

Stades de changement de comportement

Un modèle sur les stades de changement de comportement a été développé par Prochaska et Di Clemente^(1,4). Dans ce modèle, 6 stades ont été décrits : Pré-contemplation, contemplation, préparation, action, maintien et rechute.

Pour accompagner le patient dans un désir de changement de comportement, un intervenant tient compte du stade où se trouve le patient, et utilise les stratégies appropriées correspondant à ce stade.

Stades	Phrases	Pour la pratique	
Pré-contemplation	<i>Refus ou Déni</i> "Je reste comme ça" Le patient n'envisage pas de changer son comportement ou n'a pas l'intention de le changer.	<ul style="list-style-type: none"> - Questionner dans une attitude ouverte et bienveillante les raisons du patient à ne pas changer - Éviter les interventions visant à convaincre ou argumenter qui sont contre-productives et qui risquent de renforcer la position du patient 	
Contemplation	<i>Prise de conscience et de confiance</i> "je sais", "je dois" Le patient réfléchit à changer un comportement spécifique.	<ul style="list-style-type: none"> - Questionner les avantages et inconvénients au changement - Faire des liens avec ses valeurs personnelles et l'objectif fixé - Identifier les aspects positifs de son changement dans l'avenir 	
Préparation	<i>Prise de décision</i> "Je veux, je peux" Le patient s'est décidé de changer et commence à prendre des mesures pour changer son comportement.	<ul style="list-style-type: none"> - Valoriser ses initiatives - Aider à fixer des étapes de changement pour renforcer sa confiance en sa capacité à changer - Identifier ses ressources et ses obstacles 	
Action	<i>Mise en activités</i> "Je fais" Le patient a initié le changement.	<ul style="list-style-type: none"> - Valoriser les réussites du patient, même minimales - Focaliser son attention sur les aspects positifs de son changement et non sur les rechutes 	RECHUTE POSSIBLE Pour la pratique <ul style="list-style-type: none"> - Identifier le stade où se trouve le patient - Analyser les éléments de rechute - Éviter la culpabilisation et se remémorer ses succès passés⁽¹⁵⁾
Maintien	<i>Suivi</i> "Je poursuis" Le patient est soutenu pendant une longue période de temps	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir pour éviter les rechutes - Repérer les situations qui pourraient l'y conduire - Identifier les ressources qui peuvent l'aider à y faire face 	



L'ambivalence comme un ressort du changement ?

Être ambivalent face à un changement consiste pour un patient à avoir identifié les raisons de changer et les raisons de ne pas le faire.

L'**ambivalence** est l'étape qui se situe entre :

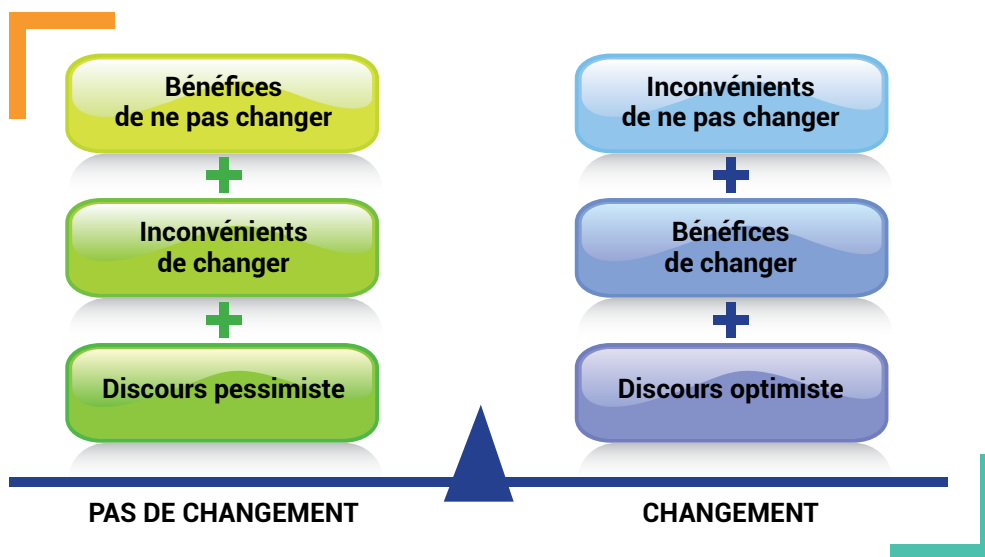
- Le moment où le patient n'est pas conscient du problème ou n'a pas du tout l'intention de changer (par exemple, une personne qui mange beaucoup d'aliments gras et sucrés et n'en a pas conscience ou n'a pas conscience des conséquences),
Et
- Le moment où le patient a modifié quelque chose dans son comportement (par exemple, une personne qui a réduit sa consommation d'aliments gras et sucrés).

Miller et Rollnick parlent "d'expérience humaine normale"^{(3),(16)}. Il est donc normal d'être ambivalent face à tous les changements auxquels le patient est confronté.

L'ambivalence mène vers le changement, à condition de ne pas y rester bloqué. Plus vite est résolue l'ambivalence, plus vite le patient met en place des éléments de changements, bénéfiques pour lui-même.

Dans le discours d'un patient, l'ambivalence se manifeste généralement sous le terme "mais" : *"Je sais que je dois perdre du poids, mais j'ai déjà tout essayé"*.

C'est Janis et Mann en 1977 qui ont illustré le conflit engendré par l'ambivalence, sous l'appellation de "balance décisionnelle"⁽¹⁷⁾.



Qu'est-ce que la résistance ? Et comment réagir ?

De nombreuses personnes pensent que la résistance est liée à un trait de caractère ou de personnalité des patients. Or, la résistance se dévoile dans le cadre d'une relation. Le patient résiste à une force qui s'exerce contre lui.

"Oui, mais..." : Lorsque les patients commencent leur réponse de cette manière, ils signalent que ce qui suit le "mais" est plus important que le "oui". Ils montrent ainsi qu'ils ne partagent pas le point de vue de l'intervenant. Cela représente un signal important de dissonance dans le processus d'accompagnement. Le patient ne peut pas suivre l'intervenant dans l'objectif de changement, et c'est une manière pour lui de dire : *"Attendez une minute, je ne suis plus avec vous, je ne suis pas d'accord"*. La résistance se révèle également par des comportements d'argumentation, d'hostilité, d'interruption, de changement de sujet...

Attention, la résistance vise un changement donné pour le patient. Elle peut ne pas se manifester si le sujet de discussion concerne un autre changement : par exemple, une personne peut être résistante sur le sujet du tabac, mais pas du tout sur l'activité physique.

Ainsi, les réponses résistantes sont naturelles durant l'intervention et ne doivent pas être une source d'inquiétude.

La résistance va ainsi dépendre en partie du style relationnel de l'intervenant. Si la résistance augmente durant un entretien, c'est très probablement en réponse à l'attitude et au comportement de l'intervenant. Des recherches démontrent clairement qu'un changement dans le style d'entretien peut directement affecter le niveau de résistance du client, l'aggravant ou la diminuant⁽¹⁸⁾.

Pour la pratique :

Pour diminuer la résistance, l'intervenant évitera l'argumentation, la critique, le jugement. Il pourra essayer de comprendre les éléments de résistance, de favoriser l'expression de l'ambivalence voire il abandonnera le sujet pour l'instant si le patient n'est pas disposé à en parler.

Il rappellera au patient qu'*in fine*, la décision de changement lui appartient et qu'il est libre et autonome.

Pour résumer

- > Veiller à instaurer un climat de confiance par une écoute active, empathique et bienveillante⁽¹⁹⁾
- > Proposer des activités éducatives, agréables et utiles pour tous les acteurs
- > Accueillir le patient dans un environnement agréable et propice aux échanges
- > Amener le patient à faire le point sur ce qui va bien et ce qui reste difficile dans sa vie quotidienne avec la maladie, et sa motivation à changer
- > Convenir de l'intérêt de la séance au regard des besoins du patient, ce qui permet de donner du sens à l'activité
- > Valoriser les expériences, les ressources et les réussites
- > Utiliser les limites et les obstacles exprimés pour questionner l'ambivalence
- > Inviter le patient en fin de séance à faire part de leur ressenti quant au déroulé et à l'utilité de l'activité et des échanges pour envisager, mettre en place un changement
- > Encourager la formulation d'actions concrètes pour renforcer le pouvoir d'agir

Références bibliographiques :

- (1) Catherine Tourette-Turgis, Maryline Rebillon, *Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/sida. De la théorie à la pratique, Comment dire*, 2002, 174 p.
- (2) **L'observance thérapeutique**
In : Ouvrage, Gustave-Nicolas Fischer, Cyril Tarquinio, *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Dunod, 2014, pp. 163-187
- (3) William R. Miller, Stephen Rollnick, *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. 2e édition, InterEditions, 2013, 434 p.
- (4) Rosenstock I. M., *Historical origins of the health belief model*. *Health Education Monographs*, n° 2, 1974, pp. 328-335.
- (5) Icek Ajzen, *The Theory of Planned Behavior, Organizational Behavior and Human Decision Processes*, n° 50, 1991, pp. 179-211
- (6) Albert Bandura, *Self efficacy*. 1st edition, W. h. Freeman & Cie, 1997
- (7) Gustave-Nicolas Fischer, *Traité de psychologie de la santé*, Dunod, 2005, 675 p.
- (8) Brigitte Sandrin, *Education thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ?*, *Santé publique*, vol. 25 suppl. 2, 2013, pp. s125-s135 <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-HS2-page-125.html> doi:10.3917/spub.133.0125.
- (9) Jacqueline Iguemane, *Motivation et éducation thérapeutique. Les clés de l'apprentissage du patient*, *Nutrition & facteurs de risque*, vol. 2, 2004-11, 4 p. <https://ipcem.org/img/articles/Iguenanemotiv.pdf>
- (10) Edward L. Deci, Richard M. Ryan, *Self-determination theory : A macrotheory of human motivation, development, and health*. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 2008, pp. 182-185 <https://doi.org/10.1037/a0012801>
- (11) Philippe G. Sarrazin, Edward L. Deci, Luc Pelletier (et al.), *Nourrir une motivation autonome et des conséquences positives dans différents milieux de vie : les apports de la théorie de l'autodétermination*, 2011
- (12) Edward L. Deci, Richard M. Ryan, *Self-determination Theory : When Mind Mediates Behavior*, *The Journal of Mind and Behavior*, vol. 1 n° 1, Spring 1980, pp. 33-43
- (13) Charles Martin-Krumm, Cyril Tarquinio, *Traité de psychologie positive. Fondements théoriques et implications pratiques*, De Boeck, 2011, 811 p.
- (14) Prochaska J. O., DiClemente C. C., & Norcross J. C., *In search of how people change : Applications to addictive behaviors*, *American Psychologist*, vol. 47 n° 9, 1992, pp. 1102-1114
- (15) Alain Golay, Grégoire Lagger, André Giordan, *Comment motiver le patient à changer*, Maloine, 2011, 247 p. MALOINE
- (16) Stephen Rollnick, William R. Miller, Christopher C. Butler, *Pratique de l'entretien motivationnel. Communiquer avec le patient en consultation*, InterEditions, 2009, 247 p.
- (17) Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. Free Press.
- (18) P. Gache, C. Fortini, A. Meynard (et al.), *L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques*, *Revue médicale Suisse*, vol. 2 n° 31657, 2006 <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-80/31657>
- (19) *L'entretien motivationnel*, HAS, 1 p., sd https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf

Références d'outils pédagogiques :

- Christine Fillion, Claude Wolter, Francis Nock, *Baromètre de la qualité de vie perçue*, L'Atelier d'évaluation, s.d.
- Anne-Sophie Thiry, *La roue des émotions - Version adulte*, L'autrement dit, 2015 <https://lautrementdit.net/shop/product/la-roue-des-emotions-version-adulte-5>
- Outil associé à la recommandation de bonne pratique «Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence», HAS, 2014-11, 1 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_methode_entretien_motivationnel.pdf
- Benoît Saugeron, Pierre Sonnier, *ETP en scène : 9 films supports pour intervenir en éducation du patient*, CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2017-11 <http://www.cres-paca.org/a/520/etp-en-scene-9-films-supports-pour-intervenir-en-education-du-patient/>
- *Intervenir de manière motivationnelle. Avec la stratégie Demander, Fournir, Demander, Osez la santé*, sd, 2 p. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/Fiche_dfd_fr.pdf
- Benoît Saugeron, Pierre Sonnier, Stéphanie Marchais (et al.), *COMETE. Compétences psychosociales en éducation du patient*, CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2015-09 <http://www.cres-paca.org/a/287/comete-pour-developper-les-competences-psychosociales-en-education-du-patient/>



Retrouvez plus de références bibliographiques sur www.bip-bop.org



www.oscarsante.org



www.mon-etp.fr

Conception de la fiche :
Hélène Milan, Benoît Saugeron, Pierre Sonnier, avec la participation de :
Christophe Barrières, Zeina Mansour, Stéphanie Marchais, Vanessa Pezé,
Isabelle Pourrat, Julia Rondon.
Contact : cres-paca@cres-paca.org