ALLIANCE THERAPEUTIQUE

Le partage décisionnel éclairé

Travail de fin d'études en médecine générale réalisé par :
Guillaume Mathot

Centre Académique de Médecine Générale
Université Catholique de Louvain

Table des matières

Abstract 2

Introduction 3

La relation médecin – patient 4

Les prémices d'une relation collaborative 6

Les primordiales qualités du médecin 6
L'observation de la relation 7
L'auto-observation 8
L'observation de la relation 9
L'observation du patient 10

La contribution de l'entretien motivationnel 12

Les idées vectrices de l'entretien motivationnel 12
L'ambivalence 12
La motivation, la divergence et le discours-changement 14
L'esprit de l'entretien motivationnel 14
Trois conditions 14
Quatre principes généraux 15
Eriger la motivation sur le terrain de l'ambivalence : 1ère phase 16
Prêt, désireux et capable 16
Ouvrir le débat 17
La méthode OuVER 18
La méthode pour susciter le discours-changement 20
Répondre au discours-changement 22
Recharger les batteries de la confiance 22
Déjouer les pièges relationnels 25
Rouler avec la résistance 26
Renforcer l'engagement au changement : 2ème phase 29
Les signaux de la disposition au changement 29
Trois pièges à contourner 29
Introduire la deuxième phase 30
Mener les pourparlers d'un plan de changement 31

L'entretien motivationnel en médecine générale 33

Les jalons éthiques de l'alliance thérapeutique 34

L'idéal régulateur 34
L'éducation du patient 35
Evidence-based medicine et médecine générale 36

Conclusion 38

Méthodologie de recherche 39

Bibliographie 40

Abstract

La tâche actuelle du médecin généraliste ne saurait plus se contenter simplement d'imposer un traitement au patient. L'inefficacité prouvée du rapport interhumain asymétrique, qui exige le suivi aveugle des prescriptions, oblige à un autre regard sur le lieu si particulier de la consultation. Ainsi, l'alliance thérapeutique, construite sur la collaboration, l'écoute et le respect des messages verbaux et non-verbaux délivrés par le malade favorise-t-elle l'acceptation des choix médicaux. La motivation, l'ambivalence et la résistance, redéfinies par l'approche de l'entretien motivationnel, deviennent les aiguillages de nouveaux objectifs de santé, approuvés par le biais d'une assiduité accrue du patient. En accord avec l'éthique, le médecin généraliste fait de la médecine basée sur des preuves, un outil pour l'éducation et l'amélioration des soins suggérant l'autonomie de l'individu comme idéal régulateur des décisions à venir.

Mots-clefs : *Alliance thérapeutique, entretien motivationnel, relation médecin – patient, éthique de la relation, collaboration, partage de la décision.*

Introduction

Si la médecine générale n'était faite que de raison, evidence-based medicine, guidelines ou encore number needed to treat seraient probablement les seuls mots qui peupleraient notre esprit scientifique de médecin. Nos paroles épouseraient alors la forme de courbes statistiques tout en parfumant l'atmosphère de probables taux de survie… Sans doute, ne classerions-nous plus les dossiers des patients par nom et prénom, mais par mots-clefs : « hypertension, cholestérol et cancer de la prostate ». Heureusement, pour chacun d'entre nous, cet esprit scientifique se nourrit toujours de notre bienveillance. Et ni l'acharnement commercial des sociétés pharmaceutiques, ni l'empressement de certaines consultations ne nous font oublier nos émotions.

Pourtant, conscients de nos sentiments, force est de constater que régulièrement nous ne parvenons pas à nous faire comprendre auprès de nos malades. Comme si notre voix adoptait soudainement une fréquence d'onde non perçue par notre interlocuteur. L'inverse est également vrai. Nos priorités, forgées dans l'acier des dernières études publiées, nous font parfois oublier que le malade souhaiterait aussi dévoiler ses attentes et ses inquiétudes. Survient alors cette impression désagréable de tourner en rond avec un patient « non-compliant », ce sentiment d'avoir tout essayé face au « déni du malade » pour que, finalement, se rompe le lien thérapeutique entre le médecin et son malade.

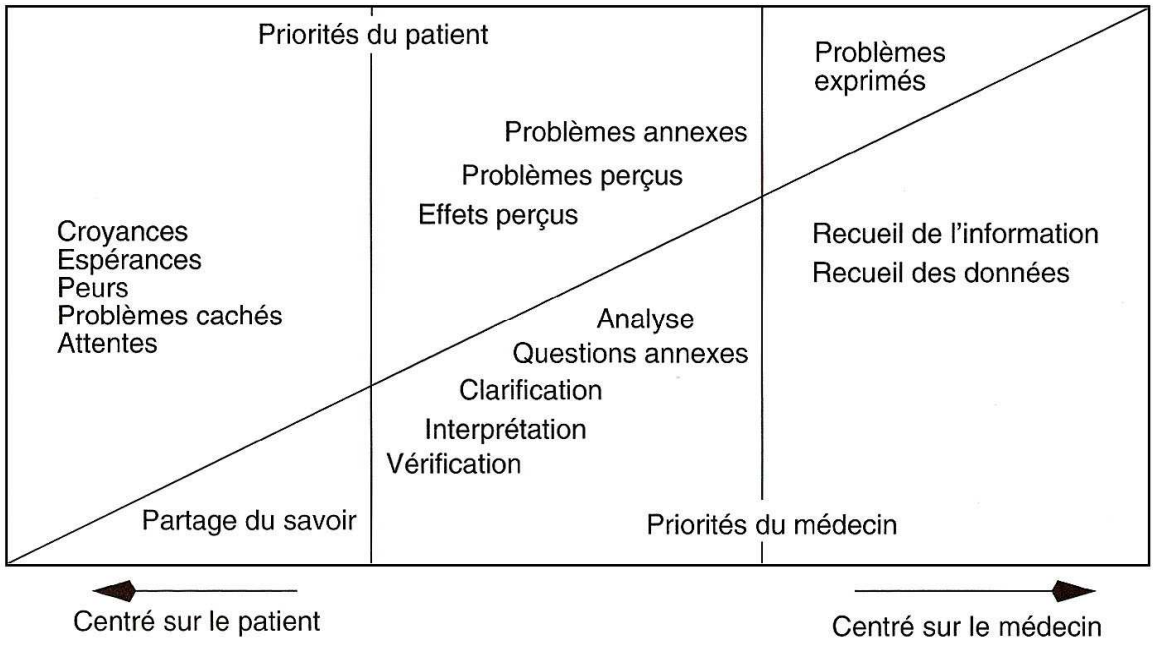
Ce décevant voire même agaçant constat devint ainsi, pour moi, le moteur d'interrogations et de recherches sur ce rapport si particulier entre le soignant et le soigné. Comment réussir, en considérant les impératifs d'une pratique de médecine générale, à bâtir un dialogue de collaboration dans le respect des désirs de chacun des protagonistes de la consultation ? Au devant de tant de contraintes, était-il possible de concevoir une alliance thérapeutique consacrée au bien-être des patients ?

La relation médecin – patient

Essence de toute coopération future, l'entretien entre le médecin et son patient doit être posé sur des fondements solides. A cet égard, les *priorités du médecin* et *du patient* en constituent sans doute les premiers piliers.

Ces priorités sont, chez le patient, façonnées par ses problèmes, ses attentes, ses espérances, ses croyances, ses peurs,… A l'instar du patient, le médecin connaît également nombre de priorités calquées sur une démarche diagnostique efficiente : le recueil des informations et des données, l'analyse, l'interprétation, le partage du savoir, etc.

L'efficacité d'une consultation dépendra donc de la capacité du médecin à mouvoir le curseur depuis ses priorités vers celles du patient, de transformer une relation centrée sur le soignant vers un rapport davantage centré sur le patient. La position la plus adéquate semble donc être un équilibre entre les priorités des deux acteurs de l'entrevue. S'il est indispensable de mener correctement une anamnèse, l'oubli des problèmes cachés du malade conduira à la résolution partielle des soucis de ce dernier.



[1]

A l'inverse, une pratique vouée pleinement aux priorités du patient deviendrait périlleuse. Il ne faut pas omettre que le malade cherche à recevoir un avis médical. En résumé, s'il est indéniable que la clinique est l'outil principal de l'œuvre du généraliste, il apparaît comme essentiel de découvrir l'intention véritable de consultation du patient. (Or, de multiples travaux soulignent que les médecins manquent cruellement d'efficacité à cet exercice).

Autre pilier de soutènement de la relation médecin – patient, le *pouvoir*. En réalité, il s'agit d'un couple, celui du *savoir-pouvoir*. De fait, nul ne niera que la profession médicale

[1] Tate (2005).

est intimement rattachée à la notion de savoir. La connaissance comme un gage de légitimité. Ce bon droit faisant du savoir la clef d'accès au pouvoir sur le patient, sacralisant le rôle paternaliste du médecin. Une culture de l'asymétrie des rapports interhumains longtemps cultivée qui rend la part belle aux impératifs médicaux en éloignant, voire effaçant, l'autonomie du malade. Néanmoins, s'il est indispensable de connaître pour traiter, Peter Tate soulignent, dans son ouvrage sur la communication, la relative inefficacité de cet habit du père que revêt parfois le traitant. En effet, seul un tiers des patients suivront à la lettre les prescriptions qui leur auront été recommandées. Le deuxième tiers se fiera de manière limitée aux indications, les rendant de la sorte stériles. Et enfin, le dernier tiers n'en aura cure.

Article[2] :
Une étude, parue en 2000, évaluant la compliance au traitement portant sur 1060 diabétiques montre qu'effectivement seul 33% des sujets participants ont suivi à la lettre leur monothérapie. A partir de 2 médicaments, l'adhérence au traitement n'était plus que de 13%.

Le couple savoir-pouvoir rencontre encore une autre fonction : la protection du médecin contre l'angoisse et la projection via l'objectivation de l'Autre. Cette objectivation se définit par le maintien à distance de l'altérité. Ceci permet alors, de sortir du mouvement d'identification, à l'œuvre dans le transfert, qui tend à mêler les émotions des deux sujets et à réveiller l'angoisse. Or, et c'est ici que la combinaison *savoir-pouvoir* tremble sur ses fondations, la mise à l'écart de l'Autre limite grandement l'entrevue médecin – patient puisque l'altérité (les priorités de l'Autre en quelque sorte) nous échappe. Et si le verbe *pouvoir* signifie *avoir l'autorité suffisante pour*, il décrit aussi le fait d'*être capable*. En ce sens, *Je sais donc je peux* représente une affirmation paradoxale attendu qu'à travers sa fonction de mise en retrait des priorités du patient, la relation médicale s'en trouve restreinte. En outre, la recherche du savoir conduit à l'impossibilité de s'extraire de soi-même. Au lieu de cela, nous assimilons l'Autre. Nous en arrivons de telle façon à interpréter nos propres désirs comme étant ceux du patient.

Exemple :
Les soins palliatifs sont l'illustration parfaite de cette mise à distance de l'Autre. L'angoisse qui émerge de ces situations où la maladie ne cesse de progresser, nous fait négliger les désirs du patient avec comme corollaire l'abandon ou l'acharnement thérapeutique.

[2] In Tate (2005).

Les prémices d'une relation collaborative

Au regard de ce premier constat, le contact entre le médecin et son patient semble à peine tenir en équilibre. Les soubassements de notre maison appelée consultation paraissent archaïques et rongés par la vermine de nos inconscients défauts. Mais point de lamentation car l'heure est aux grands travaux de réaménagement !

Pour y parvenir, évacuer de notre esprit vieilles croyances et préjugés boiteux semble méthode adéquate. Accepter de perdre dans l'optique de mieux reconstruire, de mieux adhérer au neuf. En un mot, bannir nos antiques mécaniques encrassées afin de répondre plus adroitement à la demande du patient ainsi qu'aux nouveaux objectifs sanitaires de la société actuelle. Faire de notre bâtisse rénovée le lieu rassurant et soutenant d'un malade entendu et reconnu.

Les primordiales qualités du médecin

Afin d'instaurer ce climat rassurant et soutenant qui permette au patient d'ouvrir le débat sur ses maux, le thérapeute devra donc se détacher de son penchant directif et revendeur de suggestions, analyses et solutions. Pour créer un tel climat soutenant, Carl Rogers[3] exprima trois conditions nécessaires : *être empathique de façon appropriée, chaleureux sans être possessif et authentique*.

L'empathie se conçoit par le biais de l'exploration de la sphère psychologique, sociale et affective du patient. C'est la perception et la restitution de la réalité du malade qui constitue le gage d'ouverture d'une relation empathique.

Exemple :
Jean-Claude a 22 ans et tente de se défaire de sa toxicomanie. Il suit actuellement un traitement au Subutex™. Si je n'avais pris la peine de m'intéresser à ses difficultés quotidiennes (pas de moyen de locomotion personnel en pleine campagne, nouveau contrat d'embauche, horaires difficiles alternant entre jour et nuit,…), jamais je n'aurais accepté que certaines consultations se déroulent uniquement en présence de sa mère. En autorisant quelques absences et le rôle décisif de la maman, la relation s'inscrivit dans un cadre plus empathique, soudant ainsi l'alliance thérapeutique.

Etre chaleureux pourrait se décrire comme le fait de trouver la personne rencontrée comme sympathique. Laisser s'exprimer notre instinct naturel grégaire. Pas toujours évident mais fondamental pour que s'établisse le lien. Dans le cas contraire, peut-être est-il préférable de ne pas poursuivre notre tâche et de référer le patient à un autre professionnel. Après tout, nul ne peut aimer tout le monde.

Exemple :
Cette propension au « chaleureux » est sans aucun doute un des facteurs du choix de la pratique de médecine générale chez les étudiants.

[3] Cungi (2006).

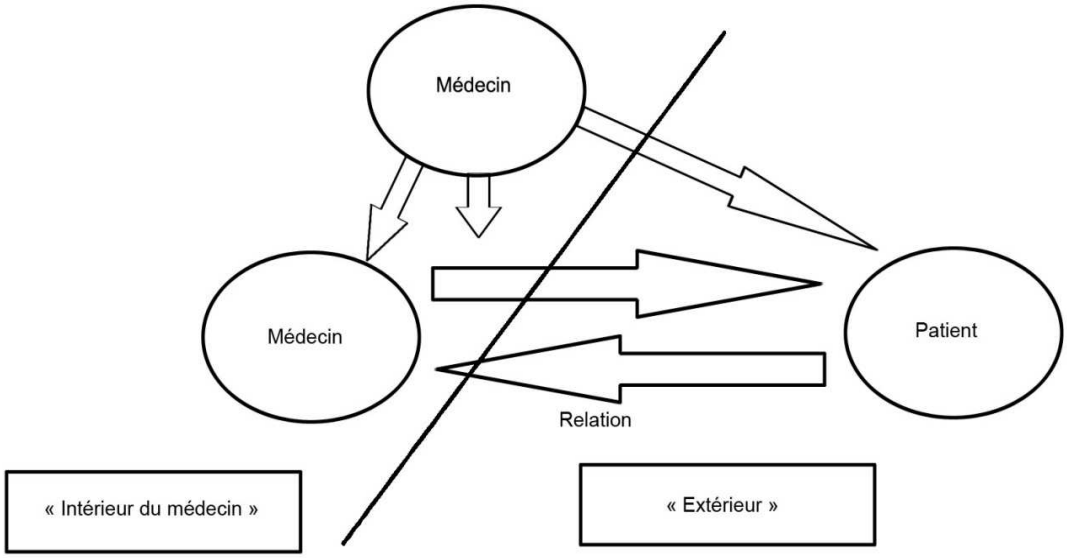
Plus que simplement « être vrai », l'authenticité dans un contexte thérapeutique, c'est, d'une part, être à l'aise avec son patient et, d'autre part, accepter ses émotions, ses pensées et le malaise de conjonctures délicates.

Exemple :
Dans le cadre d'une dépression majeure, malgré les débordements émotionnels, il est capital d'aborder le risque suicidaire. Surtout si la prescription d'un antidépresseur est envisagée.

Lorsqu'une personne consulte, il ne faut pas oublier qu'elle attend un traitement. Et que dans ce cas, les conditions d'empathie, d'authenticité et de chaleur humaine ne sont absolument pas suffisante pour mener notre embarcation à destination. Notre professionnalisme reconnu par nos pairs, légitime nos actes. Notre savoir médical renforce la collaboration thérapeutique et consent à l'émergence d'une solution. Ensemble, empathie, authenticité, chaleur humaine et professionnalisme rendent possible le tracé des lignes de contours d'une alliance thérapeutique.

L'observation de la relation

Pour que s'établisse une collaboration, nombreux sont les pièges qu'il faudra éviter. Une façon d'esquiver ces embûches réside dans l'observation des acteurs de la consultation et de la relation interpersonnelle établie entre eux.



4

[4] Doutrelugne et Cottencin (2005).

L'auto-observation

Le travail d'observation commence naturellement par l'auto-observation. En effet, mettre en évidence notre ressenti durant une consultation garanti un meilleur contrôle de la situation. Ainsi, apprendre à détecter nos émotions, nos sentiments ou encore nos sensations physiques permet de les rendre conscientes afin de les canaliser par la relaxation. L'exercice n'est pas évident et demande de l'entraînement. Toutefois, l'unique fait de reconnaissance de ses propres émotions est déjà en soi un atout indéniable pour garder le contrôle d'une relation en voie de rupture. A l'image d'un pilote de course en plein dérapage, nous devons garder la maîtrise sur nos sensations pour manœuvrer avec justesse et précision afin de limiter la casse.

Une autre manière d'aborder nos impressions est l'approche plus cartésienne du « avantages, inconvénients, risques et conduite à tenir ». L'objectif étant, pour chaque émotion, de décrypter ce en quoi elle constitue un hiatus relationnel et comment réagir utilement pour ressouder le lien médecin – patient.

Exemple :
Lorsque je reçois Nicolas, sa maman m'explique qu'il est régulièrement pris de nausées voire même de vomissements à l'école. Du haut de ses 16 ans, Nicolas n'a jamais vraiment apprécié les cours. Au lieu de rédiger un énième certificat, j'entreprends de sonder le vécu du jeune homme. Malheureusement, l'adolescent parle peu et garde les yeux rivés vers le sol. Crispé, je sens l'irritabilité monter en moi. Ne supportant plus ses silences, je hausse quelque peu le ton et comble l'absence de réponse par un flot de questions. Ce qui, irrémédiablement, confine Nicolas dans un mutisme croissant.
Crispation, irritabilité, haussement du ton, questions en chaîne sont les éléments de mon comportement qui pourraient menacer le but de mon enquête. Pour prévenir cet échec annoncé, j'entame l'examen de mon irritabilité selon le canevas « avantages, inconvénients, risques et conduite à tenir » :

- Avantages : L'irritabilité assure une distance suffisante avec le vécu du patient de telle sorte que le recueil d'informations psychologiques et médicales demeure efficace.
- Inconvénients : Mon attention n'est plus centrée sur le patient mais sur ce que je ressens.
- Risque : Impossibilité d'établir un rapport collaboratif.
- Conduite à tenir : Retrouver mon calme, me mettre à l'aise et mieux admettre les silences de Nicolas. Revoir mes objectifs et interroger la mère pour glaner d'autres indices sur les soucis de son fils.

Le partage de tels événements vécus avec d'autres collègues médecins ou avec une psychologue lors de réunions d'équipe semble être également une bonne solution pour prévenir leur répétition.

Un dernier coup d'œil sur notre conduite concerne le domaine du non-verbal. Celui-ci se divise en plusieurs composantes : la façon de regarder, les mimiques faciales, le volume sonore, la fréquence et le ton de la voix, la posture générale et la distance interpersonnelle. Une méthode pour juger de ces signaux est d'apprendre à saisir les réactions des patients à nos attitudes non-verbales. Une autre pratique consiste, elle, en l'enregistrement de consultations comme le suggère Peter Tate[5] dans son ouvrage sur la communication.

[5] Tate (2005).

L'observation de la relation

Toute relation interpersonnelle se dépeint selon deux styles. Soit la relation est symétrique, soit elle est complémentaire. Généralement, un rapport entre deux personnes oscille entre ces deux modes. Quand l'un des deux modes devient trop présent, la liaison se rompt.

Lorsque deux interlocuteurs adoptent le même type de discours, c.-à-d. en reflet l'un de l'autre, la relation est dite symétrique. « Plus tu cries, plus je crie », « Moins tu fais d'effort, moins je fais d'effort ». Toute action appelle une réaction dans le sens identique.

Exemple :
- Médecin : Votre tension artérielle est au-dessus des normes. Il serait bien d'envisager un traitement médicamenteux.
- Jacky : Un traitement ? Je suis juste un peu nerveux mais je ne me sens pas mal.
- Médecin : Dans l'hypertension, les gens n'ont pas toujours de symptôme. Malgré tout, cela favorise l'apparition d'infarctus du myocarde.
- Jacky : Ma mère avait aussi une tension trop élevée et pourtant elle n'a jamais eu de souci au cœur. Elle a même vécu jusqu'à 92 ans.
- Médecin : Une personne n'est pas l'autre. Et puis, les hommes sont plus à risque de développer ce genre d'évènement.
- Etc.

Il s'agit ici d'un exemple typique d'escalade symétrique. Chacun essayant de convaincre l'autre, avec pour résultat, l'omission du problème de santé au profit d'un jeu de domination. La réponse à ce genre de débat est l'emploi de la complémentarité qui aurait pu se traduire dans l'exemple ci-dessus par l'écoute et l'acceptation des raisons du patient : « Dans l'hypertension, les gens n'ont pas toujours de symptôme. Bien sûr, votre nervosité peut avoir un impact sur les valeurs tensionnelles. Nous pouvons peut-être postposer la prise d'un antihypertenseur et recontrôler votre tension la prochaine fois. Qu'en pensez-vous ? ».

A l'inverse, quand deux personnes adoptent une conduite qui complète celle de l'autre, la relation est dite complémentaire. C'est la clef et la serrure. « Le dépressif et sa compagne qui le couve », « le violent et la battue ».

Exemple :
- Médecin : Je pense que l'hospitalisation est la meilleure solution.
- Florence : Vous avez sans doute raison, docteur…
- Médecin : Plus question, alors, de signer une décharge et de quitter l'établissement après quelques jours.
- Florence : Non, non ! Je suis motivée cette fois-ci !

Finalement, Florence signa une nouvelle décharge et renonça une fois de plus à son sevrage en psychiatrie. La semaine d'après, elle me rappela pour que je lui trouve un autre hôpital. Evitant de retomber dans ce lien de complémentarité (où Florence est toujours motivée et d'accord avec mes décisions), je lui affirmai ouvertement que l'hospitalisation n'était pas la réponse adéquate dans son cas. S'en suivi, dès lors, un dialogue qui aborda son sentiment de solitude et d'étiquetage « psy » que lui firent porter ses précédentes hospitalisations. En fin de compte,

Florence décréta qu'elle resterait chez ses parents moyennant sa présence régulière à la consultation.

Dans la complémentarité, les efforts fournit son essentiellement ceux du thérapeute. Le patient, lui, s'abandonne aux conclusions du médecin, léguant sa besogne à ce dernier. Particulièrement épuisant et inefficace.

Dans ce cas de figure, il faut soit devenir symétrique, soit inverser la complémentarité, ce qui signifie octroyer une partie des commandes décisionnelles au malade et lui restituer sa part du boulot. Ceci pouvant s'effectuer par l'intermédiaire de questions ouvertes et de *l'écoute réflective* qui sera développée plus loin.

L'observation du patient

Bien sûr, les mots du patient composent son histoire… Ses interrogations, ses affirmations et ses réponses content son récit. Cependant, le roman de chacun d'eux serait vide de substance s'il n'y avait, dans cette rencontre, le chapitre du non-verbal.

Le sens du discours envoyé par le patient dépend fortement de l'empreinte non-verbale. Et si le message non-verbal est sans peine capté, sa conceptualisation cognitive, quant à elle, demande une observation attentive et un réflexe d'intellectualisation. La majeure partie du temps, le non-verbal ne quitte pas le terrain de l'inconscient. Il oriente le mouvement de la communication, mais n'engendre en nous que *pensées automatiques*, que jugements, qu'hypothèses. Nous réagissons sans réelle prise de conscience des trajectoires communicationnelles. Un soupir du patient génèrera ainsi, chez nous, déception ou contrariété… sans que pour autant nous en soyons conscients.

L'examen vigilant du non-verbal est donc crucial car il nous révèle (du moins en partie) l'état du patient et son implication dans la démarche thérapeutique. Eveillé aux appels non-verbaux du soigné, nous serons alors plus à même d'y répondre adroitement.

Les messages non-verbaux sont identiques à ceux énoncés dans le paragraphe sur l'auto-observation du médecin. Le premier d'entre eux, et non des moindres, est le regard du patient. Effectivement, la manière de regarder influence considérablement le sens du propos et la moindre modification bouleverse la façon dont il est perçu. « Etonné, fâché, timide, perdu, attentif ou déprimé » sont autant de signes qui nous sont adressés par le regard.

En outre, le regard du patient nous indique l'état de l'alliance thérapeutique et son implication au sein de celle-ci. Communément, au début, le patient regarde le soignant. Il s'agit d'une phase normale d'évaluation mutuelle où la priorité est cédée aux composantes interrelationnelles, le travail en commun reste au point mort. Par la suite, le soigné détache son regard du médecin et centre son attention sur le problème en question. Son regard se pose dans le vide ou sur un support thérapeutique (schéma, fascicule, radiographie, modèle,…). Quelquefois, absorbé par ses évocations, le patient semble comme dans un état

hypnotique. Bien que ces variations du regard soient les plus courantes, celles-ci ne sont pas les seules possibles.

Les autres indices non-verbaux remarquables comprennent les mimiques faciales et les sourires, la voix du patient, la posture et l'habillement du patient et, enfin, la position et la distance interpersonnelle avec le patient. Ce dernier point mérite que l'on s'y attarde un peu car cette distance, ajustable rapidement, est à la fois le résultat du comportement du patient et du médecin.

Globalement, le rapprochement entre les deux protagonistes se fait progressivement. Depuis le face à face initial dévolu à l'évaluation réciproque, vers le travail en commun où, se rapprochant l'un de l'autre, s'installe le lien collaboratif. A cet égard, le médecin doit se ménager un maximum d'alternatives de positionnement : derrière son bureau, à côté du patient, en se déplaçant vers la table d'examen, par exemple.

Au final, le non-verbal forme un tout qui accompagne le sens du message. L'ignorer risque de condamner la suite de l'intervention médicale. Le médecin devra donc s'attacher par le biais de l'observation, à repérer à quoi peut être assimilée l'attitude du soigné et ce, en parallèle avec son vécu. Les hypothèses livrées par le non-verbal devront, par la suite, toujours être vérifiées par le questionnement plutôt que délaissées aux aléas de l'interprétation personnelle. Par ailleurs, l'attention portée aux changements de comportement sera davantage contributive en comparaison à la recherche perpétuelle du sens des composantes non-verbales, inlassablement cousue du fil de nos propres convictions.

La contribution de l'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est défini par ses fondateurs, William R. Miller et Stephen Rollnick, comme *une méthode directive, centrée sur le client, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence*.

L'entretien motivationnel est donc *centré sur le patient* et son bagage d'idées et d'inquiétudes. Le procédé appliqué ne s'évertue par à apprendre aux personnes de nouvelles capacités sociales ou cognitives. Non, il se concentre sur les intérêts et les préoccupations actuels du patient dans un but d'émergence d'inadéquations entre leurs valeurs et leur vécu. Ce que l'on nomme des *divergences*.

Ensuite, la méthode mise en œuvre est intentionnellement *directive*. Le soignant s'emploie à faire naître et à renforcer la volonté de changement de l'individu, tout en diminuant, par ses réponses sélectives, la résistance. Il guide de telle sorte le nouvel ambivalent vers le changement. Il n'est nullement question ici d'imposer une mutation par la pression ou la sanction. L'exploration motivationnelle conduit à la révélation de la motivation inhérente de la personne.

Enfin, dans la continuité de cette notion de relation basée sur la collaboration, l'entretien motivationnel n'est pas chose qu'on applique aux gens, mais plutôt un style de communication permettant d'être pour et avec eux vers un changement naturel. Il ne s'agit pas pour autant d'une panacée, de l'unique méthode favorisant la motivation ou encore d'une formule magique qui changera les plus réticents en dociles moutons blancs.

Les idées vectrices de l'entretien motivationnel

La théorie de l'entretien motivationnelle serait certainement amputée de son âme si sa philosophie était réduite au silence. Raison pour laquelle, je décrirai, avant de m'attacher à la pratique, les vecteurs de force qui firent naître les règles de la méthode.

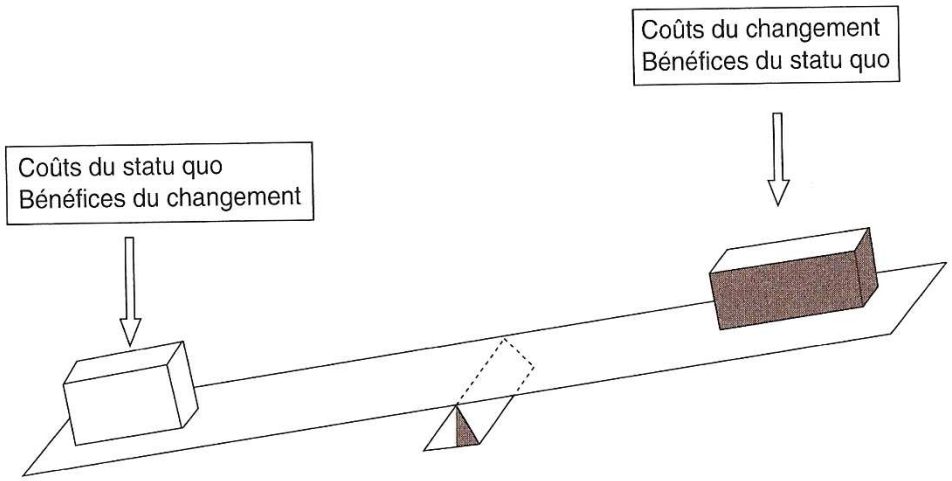
L'ambivalence

L'ambivalence est un phénomène normal. Elle figure une rivalité intérieure entre l'attraction et l'évitement d'un comportement donné. C'est une expérience commune et il est assez rare de voir quelqu'un totalement clair avec ses sentiments au vu de choix cruciaux. Les comportements addictifs regorgent d'ailleurs de ce genre de conflit *d'attraction-évitement*.

Exemple :
Quasi quotidiens en médecine générale, le tabagisme et l'alcoolisme sont les archétypes même de l'ambivalence. Fumeurs et buveurs connaissent tous le prix et les risques encourus par leur dépendance. Cependant, pour diverses raisons personnelles, ils poursuivent leurs conduites addictives. Ils oscillent entre les deux états de cette lutte d'attraction-évitement.

Inscrit au cœur de la nature humaine, l'ambivalence n'est, au fond, qu'un lieu de transition avant le changement. Aussi, ce que beaucoup considèrent comme un « manque de motivation » n'est, en réalité, que le reflet d'une ambivalence non résolue. Sous cet angle de vue, le patient ambivalent détient les cartes d'une potentielle évolution favorable. Et c'est l'absence de résolution de cette ambiguïté intrinsèque qui mène alors à la persistance voire l'aggravation de son problème. La résolution est difficile à atteindre seul. Mais une fois dépassée, il reste peu de chemin à parcourir pour que s'ouvre les portes du changement.

La métaphore de cette ambivalence s'illustre par la *balance décisionnelle* dont les extrémités supportent d'un côté le plateau des bénéfices et de l'autre, celui du coût des addictions de l'individu.



[6]

Poursuite de la consommation		Abstinence	
Coûts	Bénéfices	Coûts	Bénéfices
- Mauvais pour ma santé - Séparation avec ma femme - Mauvais exemple pour mes enfants - Perdre mon travail - Danger au volant	- Plaisir - Plus détendu	- Faire face aux stress - Relation avec mes amis	- Meilleure entente familiale - Récupérer mon permis de conduire - Etre en meilleure forme

Exemple de la balance décisionnelle appliquée à la situation d'un patient alcoolique

L'exutoire de cette ambivalence n'est pas évident à trouver seul. Néanmoins, si les objectifs et les moyens sont soumis à l'appréciation *éclairée* du patient, alors, peu sépare celui-ci des portes du changement. A l'inverse, se focaliser sur les raisons qu'oppose une personne à sa conversion, condamne ces mêmes portes aux scellés.

Exemple :
C'est le cas de figure du thérapeute qui s'évertue à démanteler la logique du patient qui, lui, paradoxalement se terre dans un refus d'évoluer. Il contre-argumente chaque assertion du soignant. En conséquence, canaliser notre énergie sur le contexte du changement ou les causes du statu quo est contreproductif. (Cfr. les exemples sur la relation symétrique).

[6] Miller et Rollnick (2006)

La motivation, la divergence et le discours-changement

Dans la théorie de l'entretien motivationnel, la *motivation* n'est pas une force intérieure ou un trait de caractère. En effet, Miller et Rollnick conçoivent la motivation au changement comme un processus pouvant naître ou croître sous l'influence de l'interaction entre personnes. Ils voient en celle-ci un sujet thérapeutique à part entière qu'il faut pouvoir explorer et encourager.

Tout ceci implique qu'en interagissant avec le patient afin qu'il argumente lui-même en faveur de son changement, il affirme ses *divergences* entre sa situation actuelle et ses valeurs (ou objectifs) personnelles. A mesure que grandiront ses divergences, apparaîtra son ambivalence de même que s'amplifiera sa motivation pour changer.

Il existe donc un chevauchement évident entre l'ambivalence et la divergence. Sans la divergence, il n'y a pas d'ambivalence. De ce fait, la stratégie du changement sera d'augmenter l'ambivalence et puis de la résoudre par la mise en lumière des divergences du patient entre sa réalité actuelle et l'avenir espéré.

Au plus fort des divergences, son auto-motivation suffisante, apparaîtra alors son *discours-changement*. C'est l'entretien soutenant et réflectif, garant de l'autonomie et de l'argumentation personnelle du patient, qui sont les incitants au développement du discours en faveur du changement. A contrario, les études démontrent que le style directif, basé sur la confrontation et le réflexe redresseur de torts du professionnel, favorise la résistance.

Le discours-changement s'inscrit d'ordinaire dans l'une de ces quatre catégories :

- *Les inconvénients du statu quo*, où il y a reconnaissance d'effets indésirables en rapport avec la conduite à risque. L'individu admet qu'il y a lieu de s'inquiéter et ce, avec ou sans reconnaissance d'un « problème ».
- *Les avantages du changement.* Dans ce cas-ci, le discours-changement met en valeur les avantages et les aspects positifs qu'apporterait une transformation comportementale.
- *L'optimisme appliqué au changement.* La pensée sous-tend que le changement est possible par l'expression de la confiance et de l'espoir de sa propre capacité en celui-ci. « Je pourrais… », « je peux le faire ».
- *L'intention de changer.* La personne affirme, selon des degrés variables de conviction, une intention, un souhait ou un engagement à la faveur du changement. Parfois, les gens anticipent ce que serait leur condition si révolution il y avait.

L'esprit de l'entretien motivationnel

Trois conditions

L'entretien motivationnel s'engage dans la voie de la compréhension humaine et de la relation à l'autre. Trois mots pourraient ainsi suffire à retracer cette voie :

- *Collaboration* : La consultation est un partenariat voué à l'émergence des points de vue et de l'expertise du patient. Pas de contrainte, mais juste un mouvement de guidance.
- *Evocation* : La motivation se nourrit de l'expression des pensées, des buts et des valeurs du soigné.
- *Autonomie* : Le médecin affirme les droits et la capacité du patient à diriger son sort et facilite un choix éclairé.

Une approche à l'opposé, donc, de la relation paternaliste et surannée bâtie sur la confrontation et l'autorité.

Quatre principes généraux

Voici les quatre principes qui soutiennent l'entretien motivationnel :

- 1er principe : Exprimer l'empathie
  - L'acceptation facilite le changement
  - L'ambivalence est un phénomène normal
  - L'écoute dite réflective (discutée plus loin) est fondamentale

- 2ème principe : Développer la divergence
  - Le soigné (plutôt que le soignant) doit présenter les arguments en faveur du changement
  - Le changement est motivé par la perception d'une divergence entre le comportement présent et les valeurs ou les objectifs personnels

- 3ème principe : Rouler avec la résistance
  - Eviter le plaidoyer pour le changement
  - Ne pas s'opposer directement à la résistance
  - Inviter à de nouveau points de vue, sans les imposer
  - Le patient est la source première des réponses et des solutions
  - La résistance est un signal pour changer d'attitude

- 4ème principe : Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle
  - Le crédit accordé par une personne à ses possibilités de changement est un élément important de la motivation
  - Le crédit accordé par le soignant aux capacités de changement du patient constitue une « prédiction induisant sa réalisation »
  - Le patient (non le thérapeute) est responsable du choix et du développement des changements

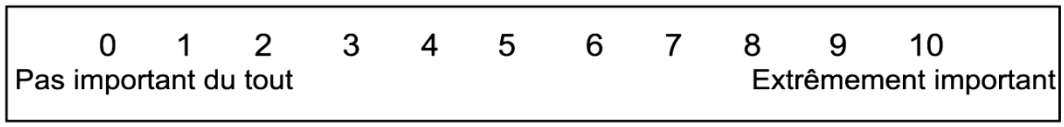
Eriger la motivation sur le terrain de l'ambivalence : 1ère phase

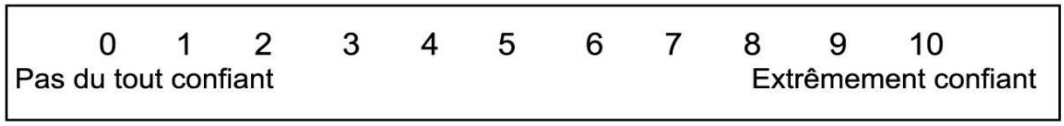
L'entretien motivationnel se déroule en 2 phases. Le premier temps s'inscrit dans une perspective de résolution de l'ambivalence et construction de la motivation. La seconde phase, quant à elle, tiendra lieu de renforcement de l'engagement au changement.

Prêt, désireux et capable

Pour entamer sa métamorphose, le patient doit être « prêt, désireux et capable » (ready, willing and able). Sans ces trois dimensions, la motivation fait défaut et l'ambivalence s'éternise.

Afin d'explorer ces critères « sine qua none », il existe deux règles graduées de 0 à 10. L'une d'elle sert à définir l'*importance* que revêt le changement aux yeux du patient, l'autre puise son utilité dans l'évaluation de la *confiance* dont se gratifie ce dernier dans l'accomplissement du changement.





[7]

Importance et *confiance* sont donc deux outils de mesure précieux, évocation du « désireux et capable », qui permettront de dresser le profil du soigné et d'éclairer le terrain d'action du généraliste. La question devra, de fait, être posée.

Exemple :
- A quel point est-il important pour vous de…?
- Sur une échelle de 0 à 10, 0 signifiant « sans importance » et 10 « extrêmement important », où vous placez-vous ?
- Quelle confiance avez-vous dans votre capacité à parvenir à… ?
- Toujours sur une échelle de 0 à 10, 0 signifiant « aucune confiance » et 10 « totale confiance », où vous situez-vous ?

La réalité des réponses aux scores d'importance et de confiance s'écrit dans une continuité entre faible et élevé. Dans un souci de clarté, les patients pourraient être identifiés via quatre classes déterminées selon que leur confiance et l'importance de leur changement soit bas ou haut.

[7] Miller et Rollnick (2006).

Quatre profils de sujet		
Importance / **Confiance**	Basse	Elevée
Basse	Patient ne considérant pas le changement comme important et ne croyant pas en sa capacité d'y parvenir. Notre intervention visera à augmenter chacune des caractéristiques en commençant de préférence par l'importance. La confiance sera aussi abordée sous l'angle de l'ambivalence.	Le patient sait qu'il est essentiel pour lui de changer. Pourtant, il reste inactif du fait de son manque de confiance dans le succès d'une tentative.
Elevée	La personne se sentirait tout à fait capable de modifier son comportement si elle en voyait l'intérêt.	L'individu reconnaît l'importance du problème et croit en son aptitude à mener à bien le changement. Il est « désireux et capable ».

Reste la troisième dimension, la disposition au changement, c.-à-d. le fait d'être « prêt » à changer. Cette disposition découle des deux autres attributs. En effet, pour être prêt à s'engager, le patient doit être à la fois conscient de l'importance que revêt son problème (« désireux ») et confiant dans sa capacité à modifier son comportement délétère (« capable »). Si la confiance, l'importance ou les deux ensemble viennent à faillir, la disposition au changement n'apparaîtra pas. En jouant ainsi sur les tableaux de l'importance et de la confiance, naîtra la volonté du devenir. Le renforcement de l'importance et de la confiance sont les objectifs de la phase première de l'exercice motivationnel.

Ouvrir le débat

De manière générale, la première séance pourrait servir à la description de notre rôle, de nos objectifs en tant que médecin traitant et à la précision des responsabilités du patient. Ensuite, tout en précisant le temps dont nous disposons, seront passés en revue les détails de l'intervention. Enfin, notre introduction se clôturera par une question ouverte, lançant le débat.

Exemple :
« Les résultats de votre dernière prise de sang montre la présence d'un diabète raison pour laquelle je vous ai proposé, lors de votre appel téléphonique, de venir à la consultation pour en discuter et éclaircir certains éléments. Pendant cette demi-heure, je souhaiterais que vous me fassiez part de vos idées ou attentes sur le sujet. Ensuite, nous envisagerons les objectifs d'un traitement et les possibilités qui s'offrent à nous pour y parvenir. Mais, avant cela, que souhaitez-vous me dire ? ».
La question ouverte semble parfois déroutante pour certains patients. En effet, la plupart ne s'attendent pas à ce que leur avis fasse l'objet d'une telle sollicitation. Néanmoins, tous ont un avis sur leur santé et les révélations de leur généraliste. Surtout s'il s'est écoulé plusieurs jours entre le coup de fil et l'entrevue comme c'était le cas ici.

Lors de la première séance, il est important d'établir un *agenda*. Il figure la table des matières des points à aborder et fixe les sujets à traiter. Il sera non seulement le fruit des priorités du médecin, mais également de celles de son malade.

Exemple :
« Au téléphone, je vous ai parlé de glycémie, régime et médicaments. Parmi ceci, qu'est-ce qui vous préoccupe le plus ? Ou y a-t-il autre chose dont je n'ai pas parlé qui vous tracasse plus encore ? ».
Ce genre de questionnement facilite l'ouverture aux inquiétudes du patient lorsque celui-ci hésite à les dévoiler.

La méthode OuVER

La méthode OuVER, dérivée de la théorie de la relation centrée sur le patient, a pour projet d'aider la personne à explorer son ambivalence et de clarifier ses raisons de changer. Derrière cet acronyme OuVER, se cache quatre techniques de communication : Questions **Ou**vertes, **V**alorisation, **E**coute réflective et **R**ésumé. Elles représentent l'assise d'une alliance constructive au sein de la consultation. Gardien du bon équilibre relationnel, le médecin veillera donc à nourrir chacune de ses interventions d'un usage alternant de ces quatre instruments.

1. Poser des questions ouvertes :

Les questions ouvertes, invitent directement le patient à discourir sur ses préoccupations. Le but est d'amener ce dernier à saisir la majorité du temps de parole et à parler de ses priorités. Bien que les questions fermées puissent parfois être profitables, celles-ci cantonnent les propos du soigné aux prérogatives du généraliste et démantèlent l'atmosphère d'acceptation et de confiance recherchée.

Exemple :
- « Qu'est-ce qui vous amène ? »
- « Qu'aimez-vous dans l'alcool ? »
- « Quelles sont les conséquences à long terme du diabète qui vous inquiètent le plus ? »
- « Pour vous, quelles sont les raisons les plus importantes pour arrêter de fumer ? »
- « Je vois que vous avez un certain nombre de préoccupations au sujet de… Pourriez-vous m'en dire quelque chose ? »

Il faut, durant l'exploration de l'ambivalence, veiller à alterner entre questions ouvertes et écoute réflective afin d'éviter la succession de trois questions d'affilée, ce qui tend à briser l'élan d'élaboration.

Face aux plus ambivalents, le recours à des questions relativement neutres ou « à double face », c.-à-d. intégrant une interrogation sur les bénéfices et les inconvénients du problème, visent à attiser leurs divergences.

Exemple :
- « Parlez-moi de votre consommation de cocaïne. Qu'est-ce qui vous plaît et qu'est-ce qui vous déplaît en elle ? »
- « Parlez-moi de ce que vous avez remarqué dans votre couple ? Quels changement avez-vous remarqué et comment cela vous a-t-il affecté ? »

2. L'écoute réflective :

Il s'agit là d'une des compétences les plus cruciales de l'entretien motivationnel. Elle permet de supposer, par le biais de la reformulation, le sens des dires d'une personne. Elle assure l'interlocuteur de votre écoute active de même qu'elle soumet vos hypothèses à vérification. L'écoute réflective devient le reflet de la réalité du patient. Ceci se réalise par l'affirmation plutôt que le questionnement. En effet, le ton interrogateur favorise la distance interpersonnelle car elle semble mettre en doute le vécu du patient.

Exemple :
- « Vous êtes inquiète ? » / « Vous êtes inquiète. »
- « Vous vous sentiez mal à l'aise ? » / « Vous vous sentiez mal à l'aise. »

Exemple :
- Colette : Je sais que je devrais perdre du poids. Je risque d'avoir des problèmes de santé.
- Médecin : Votre poids est un risque pour votre santé. [Reflet]
- Colette : Oui. Pourtant j'ai déjà essayé d'en perdre mais ce n'est pas facile.
- Médecin : Ce n'est pas facile. Du coup, vous ne voulez plus entendre parler de régime. [Reflet et prolongement de la phrase pour intensifier la réflexion de la patiente]
- Colette : Non, ce n'est pas que je n'ai plus envie d'entendre parler de régime. C'est que je ne sais pas par où commencer, ni quoi faire ? [La patiente réfute mon hypothèse et corrige d'elle-même la trajectoire du débat]

Parfois, le reflet peut même aller plus loin et prolonger la phrase de votre partenaire par une autre hypothèse. D'autre part, il est quelque fois intéressant de minimiser légèrement ce qu'expriment les gens, en modulant le reflet à l'aide d'adverbes tel que « un peu », « quelque peu », etc. En minimisant l'émotion exprimée, le patient poursuit plus volontiers son exploration. A l'inverse, il niera ou minimisera si l'émotion exprimée est réfléchie par excès.

Pour rappel, il faut veiller à insérer entre des questions ouvertes des reflets pour éviter l'écueil du questions-réponses.

D'autres pièges conduisent au gel du lien collaboratif en détournant la voie désignée par le patient. Ces pièges, Thomas Gordon[8] les nomma *impasses relationnelles* (Roadblocks : des routes barrées, des déviations) :

1. Ordonner, diriger, commander
2. Alarmer, mettre en garde, menacer
3. Conseiller, faire des suggestions, fournir des solutions
4. Démontrer, argumenter, enseigner
5. Dire aux gens ce qu'ils doivent faire, moraliser
6. Désapprouver, juger, critiquer, blâmer
7. Exprimer son accord, approuver, féliciter
8. Faire honte, ridiculiser, étiqueter
9. Interpréter, analyser
10. Rassurer, sympathiser, consoler
11. Questionner, mettre à l'épreuve
12. Se mettre en retrait, penser à autre chose, plaisanter, changer de sujet

[8] Miller et Rollnick (2006).

3. La valorisation :

Il s'agit d'une autre façon de consolider la relation par la valorisation sous forme de compliments ou de remerciements.

Exemple :
- « Vous possédez manifestement beaucoup de ressources pour faire face à tant de difficultés. »
- « Je me rends compte que vous avez franchi une grande étape en venant à ma consultation aujourd'hui. »
- « Si j'étais à votre place, j'aurais du mal à faire face. »
- « Merci d'être arrivé à l'heure aujourd'hui. »

4. Le résumé :

Les résumés servent à lier des déclarations entre elles et à soutenir ce qui vient d'être discuté. Ils témoignent de notre écoute attentive. Régulièrement et judicieusement disposés durant le dialogue, ils préparent le patient à poursuivre son élaboration ou annonce le passage d'un centre d'intérêt vers un autre, voire à tester l'éventualité d'une transition vers la deuxième phase de l'entretien motivationnel.

Exemple :
« Tous ces problèmes cardiaques vous laissent un sentiment de fragilité. Ce n'est pas tellement la mort qui vous angoisse, mais plutôt le fait de rester handicapé, d'être un poids pour votre famille. Ce qui vous rattache à la vie actuellement, c'est de voir grandir vos petits-enfants et de poursuivre vos loisirs, mais peut-être à un rythme plus adéquat… Qu'est-ce que vous voyez d'autre ? »

La méthode pour susciter le discours-changement

Une cinquième technique, appelée *susciter le discours-changement*, parfait la méthode OuVER. Elle est spécifique de l'entretien motivationnel et intentionnellement plus directive. Son objectif est de sortir le patient de son ambivalence par la prise de décision partagée et la négociation.

La nature du discours-changement appartient habituellement à l'une de ces catégories décrites précédemment :

1. *Les inconvénients du statu quo :* « c'est mauvais pour mon cœur », « je fais tout le temps des bronchites », « cela gêne ma famille »,…
2. *Les avantages du changement :* « mes enfants seraient contents », « je ne tousserais plus autant »,…
3. *L'optimisme appliqué au changement :* « je suis quelqu'un qui a de la volonté, je sais que je pourrais y arriver », « j'ai déjà réussi à arrêter la cigarette il y 2 ans et j'ai tenu pendant une année »,…
4. *L'intention de changer :* « je ne peux plus continuer comme ça », « je dois faire quelque chose »,…

Le discours-changement constitue une pièce maîtresse de l'entretien motivationnel. Pour y parvenir, plusieurs chemins coexistent :

- *Solliciter par des questions* : par les questions ouvertes, en supposant que le patient ressent de l'ambivalence et des inquiétudes.

- *Utiliser la règle de l'importance* : pour obtenir le niveau d'importance attribué, en posant alors deux autres questions que sont « Pourquoi vous situez-vous à *tant* et pas à zéro ? » et « Que faudrait-il qu'il vous arrive pour passer de *tant* à *tant* (un chiffre supérieur) ? ».

- *Explorer la balance décisionnelle* : en évoquant les aspects positifs et négatifs de leur comportement actuel (statu quo).

- *Elaborer* : Lorsqu'une raison de changer a été citée, il est intéressant d'octroyer au malade la possibilité d'approfondir sur ce sujet afin d'accroître la motivation plutôt que de chercher d'autres discours-changement. « De quelle façon ? Combien ? Quand ? », « un exemple », « comment ça s'est passé la dernière fois que cela eut lieu ? », « Que pouvez-vous me dire encore ? ».

- *Questionner les extrêmes* : en demandant au patient d'exposer leurs inquiétudes jusqu'à leur limite, d'évoquer les conséquences extrêmes de leurs attitudes. « Qu'est-ce qui vous inquiète le plus dans votre hypertension artérielle, à long terme ? ». A contrario, imaginer les conséquences favorables d'un changement peut également se faire. « Quels seraient les bénéfices les plus importants si vous arriviez à… ». Cette stratégie peut être payante lorsque le désir d'évolution est encore maigre.

- *Regarder en arrière* : offre une comparaison entre le passé et la situation pénible actuelle. Ceci rappelle au patient l'époque où il n'y avait pas de problème. « Vous souvenez-vous du temps où tout allait bien ? Qu'est-ce qui a changé ? ». Si l'état des lieux était pire avant, cela ouvre alors l'entrevue sur l'amélioration actuelle et valorise les aptitudes du patient.

- *Se projeter dans l'avenir* : en songeant à un futur meilleur, en imaginant le changement achevé. « Comment aimeriez-vous que les choses évoluent ? », « Si vous décidez ce changement, qu'est-ce qui sera mieux dans votre vie ? ».

- *Explorer les objectifs et les valeurs* : il s'agit de mettre en lumière les priorités du soigné. Tous possèdent des objectifs de vie et une série de valeurs personnelles. Les sillonner procure des balises auxquelles comparer le statu quo. L'écart souligné ainsi entre l'allure actuelle et les objectifs stimule la divergence et le discours-changement.

Répondre au discours-changement

La réponse donnée à un discours-changement reprend les mêmes ingrédients que ceux mis en œuvre dans la méthode OuVER. Par l'élaboration (questions ouvertes), l'écoute réflective, le résumé et la valorisation, le thérapeute va accentuer l'empreinte directive de l'entrevue en engageant encore un peu plus le dialogue vers l'action.

De fait, l'élaboration creusera en direction du changement par un simple signe de la tête ou des questions ouvertes telles que « quoi d'autre ? », « de quelle façon ? », « donnez-moi un exemple ? ».

Le reflet et le résumé offriront à nouveau un regard sur les convictions apportées par le patient en faveur de la transformation. Le commentaire positif de la valorisation parachèvera la fortification du discours-changement (« je pense que ça pourrait marcher », « ça semble être une bonne idée », « je vois combien ça vous inquiète », « je pense que vous avez raison »).

Malgré l'aspect directif, l'entretien motivationnel observe toujours l'autonomie du choix de l'interlocuteur. Quelquefois même, l'entretien sera non directif et veillera juste à clarifier l'ambivalence des gens, à explorer le pour et le contre d'une impasse décisionnelle (exemples : accepter un nouveau boulot, adopter un enfant, subir une opération non vitale,…).

Recharger les batteries de la confiance

Outre l'*importance* attribuée à la santé, pour résoudre leurs soucis, les patients doivent croire en leur capacité de changer. Sans cette *confiance*, la motivation s'effrite. Comme cela fut décrit plus haut, pour *être prêt* au changement, il ne suffit pas de se montrer *désireux* d'une évolution, il faut également s'en sentir *capable*, c.-à-d. en *confiance*.

De façon similaire à l'*importance*, la *confiance* consiste en un processus d'ambivalence pour lequel il faut susciter et développer le *discours-confiance* de la part du soigné. Plusieurs procédés existent pour y parvenir :

- *Questions évocatrices* : Le recours aux questions ouvertes sert à l'émergence des idées et perceptions propres du patient. « Quels obstacles entrevoyez-vous et comment imaginez-vous pouvoir les contournez ? », « Qu'est-ce qui vous fait avoir confiance dans vos capacités à mener à bien ce changement ? »,…

- *L'échelle de confiance* : favorise le discours en faveur de la confiance. « Quel confiance vous accordez-vous pour faire… ? », « Sur une échelle de 0 à 10 où vous situeriez-vous ? », « Pourquoi êtes-vous à… et pas à 0 ? », « Que faudrait-il que vous fassiez pour passer de… à … (un chiffre plus élevé) ? ».

- *Se souvenir des succès passés* : est une autre ressource disponible pour augmenter la confiance. Une fois évoqué, il faut veiller à approfondir le souvenir (« Qu'avez-vous

fait pour que ça marche ? ») en insistant sur les compétences personnelles applicables à la situation actuelle.

- *Les forces personnelles et les soutiens* : L'exploration des qualités (avec ou sans liste préétablie) et du réseau social du soigné (« y a-t-il des personnes sur lesquelles vous pouvez compter ») stimule aussi la confiance.

Quelques caractéristiques des personnes opérant des changements avec succès[9]

S'assumant tel qu'il est	Concerné	Énergique	Intrépide	Réceptif
Acharné	Confiant en soi	Engagé	Libre	Reconnaissant
Actif	Confiant envers les autres	Enthousiaste	Mature	Résistant
Adaptable	Constant	Entier	Minutieux	Responsable
Affectueux	Coriace	Exceptionnel	Obstiné	Sage
Affirmatif	Courageux	Expérimenté	Optimiste	Savant
Aimant	Courageux	Ferme	Ordonné	Sérieuse
Ambitieux	Créatif	Fiable	Organisé	Soigneux
Ancré	Débrouillard	Fidèle	Ouvert	Solide
Ardent	Décontracté	Fort	Patient	Souple
Assuré	Déterminé	Gagnant	Persévérant	Spirituel
Astucieux	Dévoué	Gai	Perspicace	Stable
Attentif	Digne	Habile	Pieux	Sûr
Audacieux	Diligent	Heureux	Plein d'entrain	Tenace
Aventureux	Disposé	Honnête	Positif	Tourné vers l'avenir
Capable	Droit	Imaginatif	Prévenant	Valorisant
Compétent	Dynamique	Imbattable	Profond	Vif
Compétent	Efficace	Indulgent	Puissant	Vigilant
Compréhensif	En bonne santé	Ingénieux	Raisonnable	Visionnaire
Concentré	Encourageant	Intelligent	Rapide	Vivant

- *Le brainstorming* : encourage à la création, sans critique aucune, du plus grand nombre de desseins possibles sur l'accomplissement du changement. Par la suite, sur base de la liste établie, le patient sélectionnera les projets les plus prometteurs ou les plus acceptables.

- *Fournir informations et conseils* : il est légitime de fournir de l'information et un conseil pour aider à bâtir la confiance. Notre interlocuteur sera ensuite libre de suivre ou non cette opinion.

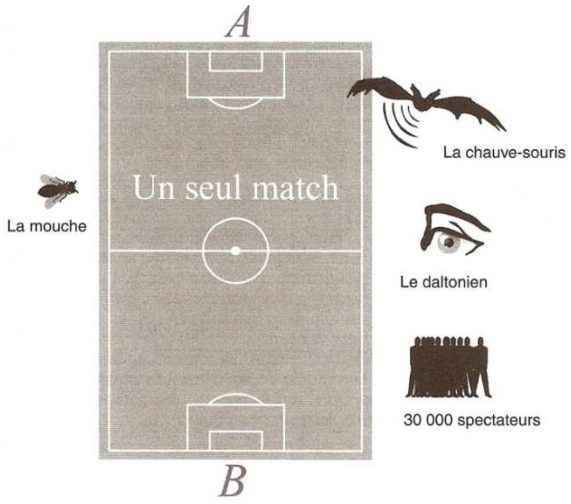
- *Le recadrage* : est un instrument conséquent. Il se base sur le concept que chacun perçoit la réalité à sa manière, selon un angle de vue déterminé. Sachant cela, l'adoption d'un nouvel angle d'approche des échecs du passé par le patient en facilite l'acceptation. En effet, en abordant les déceptions sous la forme d'un « essai » ou d'une « tentative », elles seront vécues de façon moins cuisante. Un essai infructueux est mieux toléré qu'un échec menant irrémédiablement à l'impasse. De même, en attribuant les causes de ce raté à une cause extérieure plutôt qu'inhérente au

[9] Miller et Rollnick (2006).

malade, la confiance paraît moins ébranlée. « Ce n'était pas le bon moment », « vous n'étiez pas tout à fait prêt », « vous n'avez pas eu de chance »,…

Exemple : Le sevrage tabagique est souvent le cadre d'échecs. Il faut d'ordinaire 3 à 5 tentatives afin d'obtenir un résultat durable. Sans cette notion d' « essai manqué », le premier revers conduirait à considérer l'arrêt du tabac comme une voie sans issue. Or, les études prouvent le contraire, montrant que chaque tentative rapproche encore un peu plus du succès.

La métaphore de la passoire illustre bien l'idée du recadrage et de notre vision partielle de la réalité. Selon le recul ou l'angle de vue choisi, nous apercevons la réalité du patient différemment.[10]



Au coup de sifflet final, chacun des spectateurs résumera cet unique match à sa manière, selon sa propre réalité perçue.[11]

- *Le changement hypothétique* : L'emploi du conditionnel permet la formulation d'hypothèse, de se projeter dans un monde virtuel. « Supposez que vous ayez réussi et que vous regardiez en arrière… Qu'est-ce qui a pu rendre les choses possibles ? Comment cela s'est-il passé ? ».

- *Répondre au discours-confiance* : se fait, comme pour le discours-changement, via la méthode OuVER.

- *Le changement radical* : Lorsque la situation du patient implique de nombreux problèmes connexes ne pouvant vraisemblablement pas être résolus simplement par la modification d'un seul comportement, la seule façon pour une personne d'avoir confiance est d'envisager la résolution simultanée des problèmes multiples.

Dans la recherche de l'amplification de la confiance, trois pièges sont à éviter :

- *Le gloom à deux* : Le temps que le patient trouve la confiance nécessaire en lui, il doit pouvoir s'appuyer sur l'optimisme de son traitant. Dans le cas contraire, la situation verse dans le gloom à deux, c.-à-d. un état où chacun des interlocuteurs partagent le même sentiment d'impuissance face aux défis à surmonter.

[10] Doutrelugne et Cottencin (2005).
[11] Doutrelugne et Cottencin (2005).

- *Prescrire la solution* : Dans le cadre de la confiance, les solutions viennent du patient et que toute prescription du genre « voici comment vous pouvez ou devez faire » figera le malade dans une position résistance.

- *Ignorez la confiance* : Ne pas prendre suffisamment au sérieux la question de la confiance est peu susceptible d'entrainer le changement.

Déjouer les pièges relationnels

Si la recette de la pratique motivationnelle a fait ses preuves, notre radeau ne navigue pas pour autant sur un long fleuve tranquille. Les embûches parsèment notre chenal et notre arrivée à bon port ne s'obtiendra qu'au prix de la vigilance.

Ces pièges surviennent le plus fréquemment quand la consultation devient asymétrique. Le médecin débarrasse le patient de son autonomie ainsi que de son droit à l'inventaire de ses priorités. Les archétypes sont les écueils de l'*expertise* et de l'*étiquetage* où le thérapeute s'impose comme expert des soucis de l'autre, fixant les règles à suivre et brûlant son client au fer rouge d'un diagnostic, d'un label de défectuosité. Il le cloue à la fois dans la case des encombrants et le mure dans une optique défensive.

Encart :
Il existe un parallélisme intéressant entre le piège de l'expertise et la *fonction apostolique* du médecin décrite par M. Balint. Cette *fonction apostolique* est l'attitude du médecin qui consiste à prescrire ses solutions personnelles, à convertir les malades à sa « foi », c.-à-d. à enseigner son propre comportement comme celui à suivre.
La *fonction apostolique* surgit essentiellement quand les circonstances nous placent dans l'embarras face à ce qui nous interpelle intimement. Cet automatisme, conditionné par la mécanique guidelines de l'enjeu diagnostique et thérapeutique, nous procure un sentiment de sécurité ainsi qu'une structure dans notre approche médicale. Nous devenons expert des décisions d'autrui quand bien même aucune source scientifique ne vient étayer notre discours.
Cette fonction n'est pas nécessairement non-thérapeutique, mais oblige le soignant à faire preuve de souplesse afin de mieux adhérer à la plainte de son malade et d'éviter l'émergence de la résistance. Nous avons vu plus avant comment l'entretien motivationnel peut être non-directif dans certaines situations (ex. : préserver son couple ou divorcer, avoir ou non un enfant,…) et se contenter simplement de l'exploration de l'ambivalence.[12]

Exemple :
Médecin esquivant l'étiquetage : « De mon point de vue, je me fiche que l'on appelle ça dépendance ou machin-truc. On n'a pas besoin de le nommer. Si un diagnostic est important pour vous, on peut en discuter. Mais à mes yeux, ça n'a pas d'importance. Ce qui compte, c'est de savoir en quoi votre consommation de cocaïne est dangereuse de votre point de vue et ce que vous voulez en faire. »

Rappelons, que seul le patient est expert de sa vie et que ce qu'il considère comme prioritaire ne figure pas toujours dans la liste du soignant. Or, négliger l'apport de l'altérité met en déroute le but de notre intervention. Ainsi, s'il nous apparaît primordial de sevrer un

[12] Balint (2000).

toxicomane, ses démêlés avec la justice et l'absence de logement sont probablement plus importants à régler pour lui dans l'immédiat. Pour esquiver cette *focalisation prématurée*, il est essentiel de définir les agendas de notre intervention comme décrit plus haut.

Les *questions-réponses* sont aussi l'apanage du diagnostic trop rapidement posé et du désir de contrôle. Le soignant assoit son interlocuteur dans un quasi silence avec comme seule récompense une prescription inadaptée. Nous nous débarrassons en quelque sorte de ce qui fait problème à nos yeux, c.-à-d. le patient, et non de sa plainte à lui. Nous sommes alors aux antipodes de l'écoute attentive.

Cependant, tout ne se déroule pas toujours de cette manière. Le plus souvent, nous sommes emplis de bonnes intentions. Et là encore, à ne pas y prendre garde, nous nous hasardons sur le terrain de la *prise de parti* pour le changement avec comme corolaire la résistance d'un ambivalent. (Cfr. exemple sur la relation symétrique)

Le *reproche* est aussi un style défensif emprunté par les patients en quête du responsable de leurs ennuis (à qui la faute ?). Grand consommateur de temps et d'énergie, l'écoute réflective et le recadrage (voir plus loin) permettent de se désengluer de ce type de bourbier.

Exemple :
Médecin recadrant pour éviter le piège du reproche : « J'ai l'impression que vous êtes inquiet de savoir qui est responsable dans cette histoire. Je dois vous dire qu'ici, ce n'est pas le lieu pour décider à qui revient la faute. Ce n'est pas mon boulot. Ce qui m'intéresse, c'est de savoir ce qui vous tracasse et ce que vous vous sentez capable de faire à ce sujet ».

Rouler avec la résistance

Très souvent, la résistance est abordée comme une caractéristique du patient voire même comme un élément diagnostique. La théorie de l'entretien motivationnel apporte un nouveau regard sur ce phénomène puisqu'elle le considère, étude à l'appui, comme le résultat de l'interaction entre le thérapeute et son malade. Cette approche autorise donc le médecin à, non seulement, repérer l'obstacle de la résistance mais aussi à le contourner par la modification de son style relationnel.

Bien sûr, certaines personnes en colère ou aux attitudes défensives viennent en consultation avec un seuil de résistance déjà élevé. Cependant, l'observation de nombreux entretiens a formellement défini le profil de l'intervention comme principal amplificateur de la résistance.

La résistance ne constituant plus une anomalie de fabrication, elle nous sert davantage de signal, d'aiguillage du lien interpersonnel. Par le verbal et le non-verbal, le patient nous guide au cœur de ses priorités entourant au feutre rouge les limites acceptables de notre immixtion.

Afin de répondre à cette résistance, Miller et Rollnick développèrent une série d'outils reposant, pour certains, sur l'écoute réflective :

- *Le simple reflet* : est une reconnaissance du désaccord du patient. Réponse à la résistance sans résistance.

> Exemple :
> Patient : « Vous savez, docteur, je ne suis pas très médicament, moi ! » Médecin : « Vous ne pensez pas qu'un médicament puissent vous aidez ? » ou « Vous ne voulez pas être dépendant d'un médicament ? »

- *Reflets amplifiés* : renvoient ses assertions au patient de manière exagérée. En réaction, il ramène ses allégations à leur juste mesure. Le ton doit être franc, positif et transparent. Le sarcasme et l'ironie rendent le message hostile, accentuant alors la résistance.

> Exemple :
> Patiente : « Avec mon commerce, c'est difficile de refuser un verre ». Médecin : « Vous vous sentez dans l'impossibilité de refuser un verre »

- *Double reflet* : envisage le versant oublié de l'ambivalence tandis que l'autre côté de l'argumentation se voit cadenassé par la résistance. Le double reflet prend acte de ce qui est affirmé à l'instant et le met en balance avec les dires du patient précédemment livrés et ayant trait à l'autre face de l'ambivalence.

> Exemple :
> Patient : « Je sais bien que vous essayez de me soigner mais ce n'est pas cela que je veux vraiment ! ». Médecin : « D'un côté, vous vous rendez compte qu'il y a un risque pour votre santé et d'un autre côté, ce que je vous propose n'est pas acceptable ».

- *Changer de focus* : consiste à lever les appréhensions puis à porter l'attention sur un sujet plus aisément acceptable. Attirer le regard loin de l'obstacle au progrès.

> Exemple :
> Patiente : « Le pneumologue veut que je me sépare de mes animaux, que je prenne des puffs, un spray pour le nez, des comprimés pour les allergies… Je suis sûre que je ne suis pas allergique à mes chats d'ailleurs ! ». Médecin : « Attendez, pas si vite ! Avant de prendre une décision, j'ai besoin d'en savoir un peu plus sur votre parcours ? Je ne vous demande pas d'étrangler vos chats ! Dites-moi plutôt comment vous vous sentez pour le moment et qu'est-ce qui est envisageable selon vous ? »

- *Le recadrage* : déjà décrit dans le paragraphe sur la confiance, propose une nouvelle interprétation des évènements révélés par le patient.

> Exemple :
> En visite chez un patient. C'est l'épouse de ce dernier qui avait réclamé mon passage. Le patient : « Ma femme est toujours sur mon dos, en train de me rappeler que je dois prendre mes médicaments pour ma tension. Elle se mêle de tout et ça m'agasse à la fin. ». Le

médecin : « J'ai le sentiment que votre femme s'inquiète pour vous. C'est sans doute une façon de vous dire qu'elle tient à vous et qu'elle craint il vous arrive malheur ».

- *Approuvé tout en nuançant* : c'est refléter et recadrer ensuite. Dans un premier temps, le médecin approuve les éléments du patient, mais y ajoute ensuite un effet de distorsion ou de changement de direction.

Exemple :
« Je suis d'accord avec vous, Madame. Ce n'est pas à moi de vous dire comment éduquer vos enfants. Et puis, qui les connaît mieux que vous ? Mais face aux difficultés scolaires de Nicolas, je cherche à comprendre ce qui ne va pas… et là, j'ai besoin de vous pour m'aider. »

- *Mettre l'accent sur le choix et le contrôle personnels* : sa liberté menacée, une personne tend souvent à défendre cette liberté. « Personne n'a à me dire ce que je dois faire ! ». L'antidote est de confronter le patient à ce qui va de soi. En fin de compte, c'est lui qui décide.

Exemple :
« Je ne veux pas vous forcer à quoi que ce soit. Je suis médecin et une partie de mon boulot, c'est d'informer les gens sur la santé. Quand je vous parle de risque cardiovasculaire, je ne cherche pas à ce vous vidiez la pharmacie du coin. La décision de prendre un traitement, elle vous appartient ».

- *Aller dans le même sens* : si la prise de position pour le changement provoque de temps à autre la contre-argumentation du patient, notre plaidoyer en faveur du statu quo pourrait stimuler son envie d'évoluer. En suggérant à notre interlocuteur de ne modifier en rien son comportement, nous utilisons ce que les praticiens de la thérapie brève nomment *l'intervention paradoxale*. En défendant l'immobilisme, le patient tend généralement à renouer avec le discours-changement. Ici encore, il s'agit non pas de berner les gens, mais d'explorer les versants de l'ambivalence. Cette intervention sera donc réservée à la recherche d'un mieux pour la personne, dans le respect de celle-ci et du lien collaboratif. Ce n'est pas un exutoire à notre exaspération, ni une traduction de « après tout, faites ce que vous voulez ».

Exemple :
Audrey, une adolescente asthmatique, prend son traitement à la légère et oublie fréquemment ses aérosols. Médecin : « Je ne comprends pas pourquoi tu te plaints. De toute façon, quoique je prescrive, tu ne le prendras pas. Ca ne sert à rien, tu n'es pas capable de gérer ton asthme ». Audrey : « Si, je suis capable de gérer mon asthme ».
La technique est à réserver aux relations suffisamment établies, celles où l'on connaît bien notre interlocuteur. Il est, par ailleurs, préférable de ne pas abuser de l'intervention paradoxale sous peine de briser le lien.

Renforcer l'engagement au changement : 2ème phase

Les signaux de la disposition au changement

Ayant gravi les sentiers de l'importance et de la confiance s'ouvre enfin à nous l'horizon de l'évolution véritable. Au sommet du col, le patient, finalement prêt, laisse alors entrevoir les signes de sa disposition pour le changement proprement dit :

- *Diminution de la résistance* : l'opposition et le contre-argumentaire s'éclipsent peu à peu.

- *Affaiblissement de la discussion autour du problème* : c'est l'épuisement des sujets de préoccupation.

- *Résolution* : débarrassé de son fardeau, le patient semble en paix et décontracté. Parfois, c'est la sensation de vide qui l'emporte, se traduisant par les pleurs et la résignation.

- *Discours-changement* : il s'agit de déclaration en faveur du changement (désagréments du statu quo, bénéfices du changement, optimisme à propos du changement, intentions de changer). Cfr. plus avant.

- *Questions sur le changement* : la personne se demande comment elle pourrait faire par rapport à son problème.

- *Anticipation* : c'est l'évocation de ce que serait la vie après le changement. Cette anticipation soulève aussi bien l'optimisme que la crainte des difficultés liées à l'évolution.

- *Expérimentation* : entre les consultations, le patient peut tenter l'expérience de certaines actions en faveur du changement.

Devant ces signaux, l'entretien motivationnel basculera vers le versant de l'accompagnement et du renforcement de l'engagement. Le plus dur étant fait, la fin de notre périple s'annonce plus rapide et agréable.

Trois pièges à contourner

S'il faut être prompt à répondre aux intentions du patient, rien ne sert pout autant de céder à la précipitation. Mauvaise conseillère, cette hâte risque bien de nous rendre aveugles aux derniers pièges tendus.

Sous-estimer l'ambivalence : la décision de changer n'est pas sentence irrévocable. Bien des patients gardent en eux une part d'ambivalence durant l'entièreté de l'entretien motivationnel. D'ailleurs, quelques-uns ne parviendront à ce stade de la consultation que

pour mieux rebrousser chemin ensuite. De fait, le style relationnel appliqué jusqu'alors reste de mise tout au long de la seconde phase de l'entretien motivationnel.

Surprescription : que le patient se tienne prêt au changement n'autorise pas le ton directif d'un expert. Au contraire, l'omission de l'accent collaboratif au profit de la prescription d'un plan inacceptable aux yeux de notre interlocuteur, condamne avec certitude notre souhait d'alliance thérapeutique. La responsabilisation et l'accueil des choix personnels du patient demeurent la route à suivre.

Défaut d'orientation : malgré tout, le médecin continuera à fournir son aide au travers de la suggestion. Cette suggestion s'efforcera de proposer un panel de solutions applicables et admissibles pour le soigné. Même convaincu du besoin de changement, plusieurs patients s'égareront encore sans un programme à suivre. Au médecin donc de continuer à présenter des conseils adéquats.

Introduire la deuxième phase

Le résumé semble la façon la plus appropriée pour ouvrir les portes de l'ultime phase de l'entretien motivationnel. Celui-ci rassemblera un maximum d'éléments cités en faveur du changement tout en reconnaissant les réticences, la perception du problème et l'ambivalence du patient.

A nouveau, les questions ouvertes et l'écoute réflective seront de mise, complétant le résumé d'introduction par des interrogations du genre : « Qu'est-ce que vous pourriez faire ? », « Quelles sont les possibilités ? », « Quels changements pensez-vous entreprendre ? », « Idéalement, comment voudriez-vous voir évoluer les choses ? », etc. De la sorte, l'autonomie et la liberté décisionnelle du patient resteront intactes.

Toutefois, le respect des concepts d'autonomie et de liberté, essence même de la théorie motivationnelle centrée sur le patient, n'interdit pas l'offre de conseils et d'instructions de la part du traitant. Rappelons à cet égard que l'entretien motivationnel se conçoit comme une pratique à visée directive.

En outre, avis, avertissements et recommandations sont indispensables voire inséparables de la fonction du médecin. Cependant, afin de préserver l'alliance, il existe deux espaces durant la consultation où les recours à l'expertise du généraliste sont moins susceptibles de briser le lien de collaboration : lorsque le patient le demande et avec la permission de celui-ci.

Toute prescription devrait également s'inscrire dans la considération de deux conditions particulières :

1. J'ai travaillé suffisamment à l'émergence des représentations du patient avant d'intervenir.
2. Mon intervention est importante pour la sécurité de mon interlocuteur et/ou améliorera sa situation.

A noter que cette dernière condition, lieu de réconciliation entre les priorités du patient et de son médecin, n'est autre que la traduction du *primum non nocere* d'Hippocrate.

Mener les pourparlers d'un plan de changement

La mise au point d'un plan de changement s'initie par le résumé, les questions ouvertes et la délivrance de conseils, mais devra aussi répondre à l'épreuve de quatre étapes :

1. Fixer des objectifs

Déterminer les objectifs à atteindre figure le premier stade de notre plan. Ces objectifs sont le fruit du choix du patient car il ne faut pas oublier que les cibles visées par celui-ci peuvent différer des nôtres. Une manière d'accéder à ses valeurs primordiales s'obtient grâce à différentes questions clefs :

- « Qu'est-ce que vous voulez changer ? »
- « Quelle serait selon vous la première étape ? »
- « Si vous étiez complètement parvenu à vos objectifs, qu'est-ce qui aurait changé ? »

Autre qualité essentielle d'un plan efficace, sa faisabilité. L'absence de réalisme feront sans nul doute s'évanouir rapidement la confiance des plus motivés. Au processus de décision partagée, le médecin veillera à mesurer le score de confiance et à focaliser l'attention de la personne sur les potentielles difficultés ou conséquences de ses options.

Ensuite, les buts de l'évolution délimités, pourra alors démarrer les discussions sur les moyens pour y parvenir.

2. Développer les options de changement

Par la technique du brainstorming, le patient propose un éventail d'options menant au changement. Toutes les idées sont les bienvenues, même si certaines d'entre elles semblent farfelues. L'abstention de notre jugement garantit la désinhibition du soigné et, par là, son esprit de création. Le menu ainsi rédigé, il ne reste plus qu'à choisir la voie offrant le plus de sécurité et de réalisme pour mener à bien l'expédition.

3. Construire un plan

Au travers de questions ouvertes, il faut amener le patient à produire le concret de ses futures démarches :

- « Que prévoyez-vous de faire exactement ? »
- « Comment allez-vous vous y prendre ? »

- « Par quoi allez-vous commencer ? »

Ensuite, le médecin reformulera au patient, en utilisant la deuxième personne du pluriel, le descriptif de sa démarche fraîchement dépeinte.

4. Obtenir un engagement

Finalement, le soignant sollicitera l'approbation et l'assentiment du soigné pour le projet retenu. Le plus simple est la demande directe : « C'est bien ce que vous voulez faire ? ».

La réponse ne sera pas toujours un « oui » franc. Dans ce cas, il faut laisser notre interlocuteur apporter les dernières modifications qu'il souhaite. Si la réponse est purement « non », tâchons de garder intact le lien collaboratif en postposant encore un peu l'engagement définitif et en explorant le reliquat d'ambivalence toujours présent.

D'autre part, l'invitation à prendre pour témoin de son programme une personne proche, galvanisera l'engagement du patient. Et plus celui-ci décrira son dessein à d'autres, plus robuste deviendra cet engagement. En outre, il pourra bénéficier, par l'entremise de cette démarche, du soutien de son réseau social.

Un document de travail pour le plan de changement[13]

• Les raisons les plus importantes pour lesquelles je veux faire ce changement sont :

• Mes objectifs principaux en accomplissant ce changement sont :

• Afin de réaliser mes objectifs, je prévois de faire les actions suivantes :

– Action	– Quand ?

• Pour m'aider à changer je peux compter sur les personnes suivantes :

– Qui ?	– Façons possibles de m'aider

• Voici des obstacles au changement et comment y faire face :

– Obstacles possibles	– Comment réagir ?

• Je saurai que mon plan marche quand je verrai les résultats suivants :

[13] Miller et Rollnick (2006).

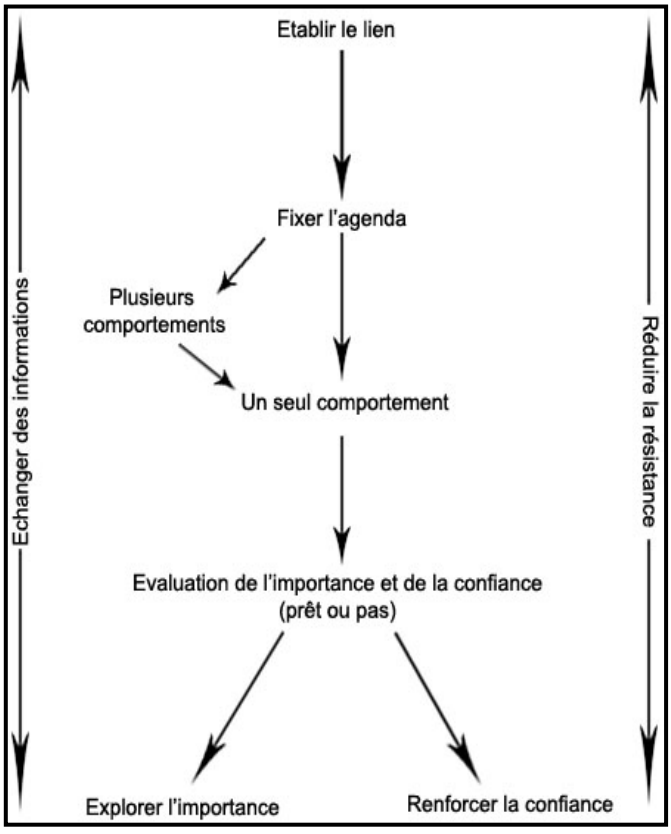
L'entretien motivationnel en médecine générale

La consultation du généraliste doit répondre à des impératifs de temps. De fait, il n'est pas concevable de passer quarante-cinq minutes avec chaque patient. Pour adhérer au cadre de la consultation de médecine générale, la stratégie consiste en l'utilisation réfléchie de la méthode de l'entretien motivationnel.

Il est impensable de dérouler l'entièreté de la procédure motivationnelle à chacune de nos interventions. Par contre, la bonne connaissance de l'entretien motivationnel et de ses principaux rouages (techniques OuVER, le sens de l'ambivalence, l'abord de la résistance, les mesures d'importance et de confiance) autorise leur application au cas par cas. Ainsi, selon les besoins, le sujet traité ou la condition du patient, le médecin traitant doit pouvoir se saisir de l'une ou l'autre approche de l'entretien motivationnel pour capter l'attention du patient. Souvenons-nous que, bien souvent, la première consultation est décisive et qu'un changement minimum suffit au patient pour entamer un débat intérieur sur son ambivalence. Si l'accroche est réussie, les prochaines entrevues serviront à étaler les diverses étapes du travail sur la motivation et l'engagement. De cette façon, au fur et à mesure des contacts, le soignant parviendra à renforcer le désir, la capacité et la motivation de son interlocuteur.

Cependant, il ne faut pas considérer l'entretien motivationnel comme un sac rempli de combines applicables ça et là selon l'envie du moment. Il est indispensable de garder en tête l'objectif ultime et le plan de route de notre coopération.

Mis à part la reconnaissance d'une première phase et d'une seconde phase pendant l'entretien motivationnel, il n'y a pas d'ordre de succession précis des techniques de motivation. Tout dépend de l'état du soigné et de son évolution. Pour certains, il sera primordial de fixer un agenda, d'investiguer la confiance ou l'importance tandis que, pour d'autres, plus loin déjà dans leur cheminement intime, le concret de l'engagement se montrera davantage pertinent.



Dans cette optique d'adéquation entre entretien motivationnel et pratique en médecine générale, Stephen Rollnick et ses collaborateurs ont mis au point un schéma reprenant les éléments clefs de la théorie pour le changement de comportement. [14]

[14] Rollnick, Mason, Butler et Butler (1999). Trad.

Les jalons éthiques de l'alliance thérapeutique

La théorie ne saurait suffire à la correcte et honnête mise en place de notre alliance thérapeutique. Pour parfaire ce projet de relation d'aide, il reste à combler les désidérata de la pratique avec le ciment d'une réflexion éthique.

De fait, si notre lien se veut collaboratif, il vise tout de même à changer les gens. Bien sûr, quand les objectifs poursuivis sont communs aux intervenants, peu d'interrogations surgissent. Par contre, lorsque les opinions et les valeurs de médecins et patients s'entrechoquent, les limites de notre intervention semblent soudainement devenir plus floues. La frontière entre bienfaisance et manipulation s'effondre alors. Pour éviter de se perdre dans de tels travers, il apparaît nécessaire de planter les jalons d'une relation à la fois efficiente et déontologique.

L'idéal régulateur

Ces premiers jalons devraient naturellement définir un cadre de protection pour les patients. En effet, la négligence de leur globalité d'être humain, les transforme en potentielles victimes de nos exigences médicales. Par l'omission des croyances et des priorités du malade, nous pensons mettre à notre disposition les commandes à distance d'un homme qui ne serait que machine. Notre volonté primant sur le caractère unique, entier et libre de la personne. Afin d'échapper à cet appât du dominant – dominé, le respect de l'autonomie, de la dignité, de l'intégrité et de la vulnérabilité du patient demeure fondamental.

L'autonomie est un idéal régulateur. Elle ne peut pas être expliquée uniquement par la permission du patient aux soins. Une définition plus complète doit intégrer les notions suivantes : *1) La capacité de créer des idées et d'avoir des buts. 2) La capacité d'une intuition morale ou la capacité d'avoir un sens de la vie privée. 3) La capacité de réfléchir et d'agir sans coercition. 4) La capacité d'une responsabilité personnelle envers les autres. 5) La capacité du consentement éclairé.*[15]

La dignité, quant à elle, est un principe plus complexe à définir tant elle varie en signification au fil des époques et d'une culture à l'autre. Son reflet correspond au statut moral de l'être. Elle est identifiée comme *la capacité pour l'action autonome, la capacité d'expérimenter la douleur ou le plaisir, être humain (au sens biologique) ou être un organisme vivant, ou un système*.[16] Inévitablement, le concept de dignité rejoint ceux de respect, devoir et tolérance.

L'intégrité, également prolongement du respect et de la tolérance, est *l'expression d'une vie digne, dans sa dimension mentale et physique sans que celle-ci ne soit soumise à une intervention extérieure. Ainsi, le respect pour l'intégrité est un respect pour le droit*

[15] La déclaration de Barcelone (1998).
[16] La déclaration de Barcelone (1998).

subjectif et en particulier pour la perception de chaque patient vis-à-vis de sa maladie et de la pertinence des soins qui lui sont proposés qui en font le seul juge d'arrêt thérapeutique éventuels ou de sa « qualité de vie ».[17]

Dernier principe, la vulnérabilité soulève le besoin du discours moral et du débat éthique. Sachant la finitude et la fragilité de l'existence humaine, la vulnérabilité appelle le médecin à la responsabilité et au devoir d'assistance envers ceux dont l'autonomie, la dignité et l'intégrité sont menacées. Tout individu capable de dignité est protégé de la vulnérabilité. A plus large échelle, la vulnérabilité figure les racines de la solidarité et, par extension, la nécessité d'une assurance sociale dans une communauté.

Au sein de notre alliance, ces quatre vecteurs donnent le sens de notre action. Toutefois, ils n'interdisent pas au médecin la possibilité d'adaptations et de variations personnelles pour autant que soit préservé le principe de subsidiarité et de dévolution.

L'éducation du patient

Ces deux principes, subsidiarité et dévolution, garantissent le partage de la décision et donc, l'établissement du lien de collaboration. Nonobstant, en accord avec la définition d'autonomie, les choix dévolus ne sauraient être partagés s'ils n'étaient le fruit d'un consentement éclairé. L'intuition seule ne suffit pas à l'autonomie sécurisante et saine de celui qui ne détient pas le savoir médical. Pour que le jugement du malade soit le plus cohérent possible, le généraliste doit transmettre ses connaissances, par l'acte éducatif, à son interlocuteur. Il n'est nullement question ici de ressasser les reliquats d'un modèle relationnel basé sur l'hétéronomie ou l'annihilation du subjectif, mais bien de permettre au patient de sélectionner une option thérapeutique en connaissance de cause.

Ceci est vrai à la fois pour la démarche curative du médecin traitant, mais également justifiée dans son rôle préventif. Un rôle, par ailleurs, de plus en plus conséquent en médecine générale et qui a vu l'avènement d'un nouveau genre de patient, la « personne malade en bonne santé » (« healthy ill people »). Un concept regroupant les patients chroniques en état stable (diabétique, asthmatique, hypertendu,…) qui souligne l'importance de l'éducation pour parvenir à un plan de soin efficace et accepté.

L'éducation du patient ne doit pas être assimilée à un geste autoritaire appelant au retour d'un rapport interpersonnel asymétrique, mais comme *un processus continu, par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et procédures de soins, le traitement, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et destinés à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, participer aux soins, prendre en charge son état de santé, et favoriser un retour aux activités normales. Ce processus s'effectue entre des acteurs (institution, soignants, patients et familles), vise des objectifs de santé définis à partir de demandes et de besoins, se réalise dans un contexte*

[17] Déclaration de Barcelone (1998).

institutionnel et organisationnel impliquant des ressources et des contraintes, utilise des méthodes et moyens éducatifs et nécessite des compétences et des structures de coordination.[18]

Evidence-based medicine et médecine générale

Il paraît simpliste de considérer l'opération de transmission du savoir comme un phénomène à sens unique. En effet, en concevant toute initiative humaine comme porteuse d'expérience, le vécu du malade constitue pour le thérapeute, une source d'apprentissage non négligeable. Dès lors, l'acte éducatif ne peut plus être perçu comme une représentation unidirectionnelle, mais bien comme une interaction à double sens entre le médecin et son patient.

Cette observation crée un profond impact sur notre manière d'emmagasiner puis de délivrer et d'appliquer ce que nous retenons de l'evidence-based medicine. Souvent, face aux aléas de la médecine générale, le traitant n'aboutit à des options valables qu'en joignant aux preuves scientifiques, les conclusions de sa clinique et les considérations du patient. L'existence et l'avis du soigné sont, pour nous, enseignement. Un enseignement qui avertit des limites dont souffrent les exhortations issues de la littérature et, plus spécialement, des études randomisées contrôlées.

Ainsi, devant deux personnes affichant les mêmes symptômes, nous traiterons immédiatement l'un tandis que nous temporiserons pour l'autre, faisant du temps un allié diagnostique voire thérapeutique. Et même lorsque la nature de la maladie est clairement identifiée, notre intervention reste tributaire de l'acceptation, par le soigné, du traitement et des potentielles séquelles. L'approbation par le patient de l'incertain et du risque pris devient, de la sorte, une valeur décisionnelle à la hauteur d'autres mesures objectives telle que la valeur prédictive positive.

Dans de nombreux cas, les recommandations pratiques représentent plus une aide qu'une solution « prête à l'emploi », notamment parce qu'elles ne se focalisent d'ordinaire que sur la pathologie ou sur un organe spécifique. Il n'y a que rarement une prise en compte globale du malade et de son bien-être. En outre, les études randomisées contrôlées sont habituellement basées sur une population hautement sélectionnées et répondant à des critères définis par un protocole précis. L'exportation systématique vers les soins de première ligne de ces données provenant de l'analyse d'échantillons triés sur le volet conduirait rapidement à une majoration des interventions, des coûts, des complications d'origine iatrogène, des effets indésirables et du déclin paradoxal de la qualité des soins de santé.

Exemple :
Il y quelques années, le NIH (National Institutes of Health) émit des recommandations concernant la mise au point des céphalées. Selon l'ASPN (Ambulatory Sentinel Practice Network), un réseau de soins de première ligne aux Etats-Unis et au Canada, les médecins de famille américains auraient dû, en s'attachant scrupuleusement aux recommandations de la NIH, envoyer 46% de leurs patients

[18] Deccache in syllabus Enjeux sociaux et éthiques de la santé et de la médecine, complément (2001).

réaliser un CT-scan. Le coût de l'application des conseils de la NIH à l'ensemble de la population des Etats-Unis aurait été alors de 2,2 milliards de dollars (contre 95 millions en se référant aux guidelines de l'ASPN). Finalement, seul 3% furent effectivement pressés de passer cet examen. Ce qui outre l'économie d'argent réalisée, permit d'éviter de nombreux effets secondaires, faux positifs et situations d'anxiété non justifiée au vu des résultats escomptés.[19]

Par conséquent, la gestion de la maladie en première ligne se doit d'intégrer les multiples facteurs intimement rattachés à l'individualité de chacun (effets secondaires des médications, le stade de l'affection, la sphère psychologique, l'encadrement social) plutôt que de généraliser les références épurées de l'evidence-based medicine. Et puisque les objectifs et les populations diffèrent entre médecine hospitalière et générale, l'adaptation des outils scientifiques au cadre de travail est essentielle. Il est aisé d'ailleurs de constater que pour un même test diagnostique (spécificité et sensibilité de 98%), la valeur prédictive positive est de 95% en regard d'une prévalence de 30% en consultation spécialisée et seulement de 50% en médecine générale où la prévalence de la même affection n'est que de 2%.

Pour finir, l'evidence-based medicine doit être reconnue comme l'instrument de décisions médicales éclairées et non pas comme un standard universellement applicable, imposant le poids des chiffres et de la statistique à la destinée d'un patient sans âme. L'apport de l'evidence-based medicine au monde médical est immense et indiscutable. Néanmoins, le manque d'investissement dans la recherche orientée vers des solutions adaptée à la médecine générale et le désintérêt des études randomisées contrôlées pour le questionnement d'ordre qualitatif éloignent parfois le médecin traitant des valeurs personnelles de son malade, au risque de perdre la marque bienveillante de l'alliance thérapeutique. Raison pour laquelle, l'evidence-based medicine et les schémas cliniques en dérivant ne devraient jamais remplacer le discernement du généraliste qui connaît les preuves et son patient.

[19] Culpepper et Gilbert (1999).

Conclusion

Aujourd'hui, la médecine générale est brodée d'impératifs scientifiques, de devoirs de santé publique, de soucis d'économie et de rendement. Nourrie par la « médecine des bons points », notre consultation ressemble fréquemment à un champ de bataille plutôt qu'à un lieu d'ouverture. Tels des stratèges en campagne, nous avançons nos arguments afin de faire sauter les derniers remparts de ce patient résistant. En fin de compte, face à leur état de santé et nos inquiétudes médicales, nous ne mesurons que rarement leurs angoisses éprouvées. Notre volonté du temps épargné hisse l'ignorance du décor relationnel liant soigné et soignant au rang de solution universelle des difficultés de la médecine générale. Cependant, tout porte à croire qu'il s'agit là d'une impasse renvoyant nos malades à leurs interrogations grandissantes, au refus de soins et à la récurrence inadaptée des visites. En bout de course, les lignes de conduites émanant de la science et des instances publiques, censées soutenir le généraliste, recouvrent sa tâche de la couleur de l'épuisement et de la culpabilité devant des objectifs sanitaires jamais atteints.

Posée sur le socle de l'éthique, l'alliance thérapeutique propose, dès lors, de ramener la parole et le subjectif du patient au centre de nos préoccupations. Le but étant d'améliorer la « qualité de vie » par le partage éclairé de la décision, union entre evidence-based medicine et souhaits du soigné. Le « bien-être », concept flexible et davantage adaptable aux besoins de chacun, redevient le résultat escompté. Il allège le poids des responsabilités du médecin traitant sans pour autant être moins efficace. Il rend humaines des recommandations de santé trop souvent interprétées comme des conditions d'accès au remboursement des médicaments les plus chers.

Mais l'alliance thérapeutique ne constitue pas uniquement une réflexion philosophique. Son intérêt réside dans le fait qu'elle représente une méthode pratique et applicable à des situations concrètes. Elle renforce notre action et rassure face aux circonstances embarrassantes parfois rencontrées. Elle souligne notre rôle d'observateur de la globalité du patient et de gardien de sa liberté. Elle nous porte comme référant expert de la santé, dont l'analyse critique des guidelines fait de nous des éducateurs de la connaissance médicale ainsi que des initiateurs proactifs de discussions ouvertes et respectueuses.

L'alliance thérapeutique est, finalement, un défi formidable et passionnant dont les racines dépassent largement l'espace confiné du cabinet de consultation. S'immisçant jusqu'au cœur des débats de notre société contemporaine, elle place le médecin généraliste au centre des décisions de santé publique, telle la garantie d'une médecine future à jamais teintée d'humanité.

Méthodologie de recherche

A partir de situations vécues, où certains patients suivaient difficilement mes recommandations de traitement, j'envisageai de comprendre le pourquoi de cette absence de compliance.

Néanmoins, le terme de compliance me paraissait trop restreint à l'unique volonté du patient. Or, la relation établie lors d'une consultation concerne deux personnes (au minimum) : le patient, mais également son médecin. Pour moi, l'idée d'alliance thérapeutique, fréquemment utilisée en psychiatrie, représentait de manière plus juste ce lien d'interaction entre soignant et soigné.

La première étape fut donc de définir le cadre et de trouver les outils nécessaires à la construction d'une alliance thérapeutique avec le patient. Je souhaitais tout d'abord mettre en lumière une série d'instruments pratiques et applicables au quotidien du médecin généraliste. Pour ce faire, les nombreuses références bibliographiques fournies par Françoise Dufour, psychologue à Sart-Eustache, furent l'assise de ma recherche bibliographique. Je tiens, d'ailleurs, à la remercier pour son aide et son soutien durant l'élaboration de mon travail de fin d'études.

Cependant, la pratique n'aurait pu se passer d'une réflexion de fond sur les enjeux de la relation médecin – patient et les conséquences éthiques en découlant. Cette réflexion s'est nourrie, en partie, de références proposées dans le syllabus du cours SESAME (Enjeux Sociaux et Ethique de la Santé et de la Médecine, 1er doctorat de médecine).

Enfin, la recherche sur Internet et sur des sites tels que PubMed, Sumsearch ou encore Google Book me permit de peaufiner mes connaissances en la matière et d'étoffer mon mémoire.

Bibliographie

Tate P., *Soigner (aussi) sa communication : La relation médecin-patient*, De Boeck, Bruxelles, 2005, 225 pages.

Baum M., *La relation médecin-patient : Entre proximité et distance*, Louvain Med., 1998, 117 : S203-S209.

Cungi Ch., *L'alliance thérapeutique*, Retz, Paris, 2006, 286 pages.

Doutrelugne Y., Cottencin O., *Thérapies brèves : Principes et outils pratiques*, Masson, Paris, 2005, 173 pages.

Miller W. R., Rollnick S., *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*, InterEditions-Dunod, Paris, 2006, 241 pages.

Balint M., *The doctor, his patient and the illness*, Churchill Livingstone, Philadelphia, 2000, p.215-238.

Rollnick S., Mason P., Butler Ch., Butler Ch., *Health behavior change: A guide for practitioners*, Churchill Livingstone, 1999, p.11-13.

La déclaration de Barcelone, Commission Européenne, novembre 1998.

Deccache A., *Education pour la santé, éducation du patient*, in syllabus Enjeux sociaux et éthique de la santé et de la médecine : complément, 2001.

Culpepper L., Gilbert Th. T., *Evidence and ethics*, Lancet, 1999, 353: 829-831.