

Peut-on, et comment, changer les comportements à risque ?

Mots clés :

Entretien
Motivation
Comportement du patient
Comportement du médecin

Parmi les 4 comportements à risque les plus fréquents – tabagisme, abus d'alcool, sédentarité, excès alimentaires – au moins 2 sont présents chez plus de la moitié des patients consultant en médecine de famille¹. Pourtant, les simples conseils donnés à cette occasion sont rarement suivis d'effet, parfois même contre-productifs... Nous avons présenté, à propos de l'alcool, l'« intervention brève » du médecin généraliste comme une méthode efficace et aisément faisable en pratique courante, à la condition d'une formation adaptée². C'est à partir de ce mode de prise en charge de l'alcoolisme que deux psychologues, Miller et Rollnick³, ont conceptualisé l'entretien motivationnel (EM). Un article suisse¹ a récemment rappelé les concepts clés développés par les initiateurs de la méthode. Des auteurs anglais ont fait par ailleurs une revue systématique de son utilisation en soins primaires et secondaires⁴. Comment et à quels patients s'adresse au mieux cette méthode ?

Concepts et mise en oeuvre

Les principes de l'EM ont été posés à partir de l'analyse des raisons de l'échec du simple conseil².

Côté patient, 3 concepts :

- L'*ambivalence* est le concept central. Elle est difficile à résoudre parce que quel que soit le choix (changer ou ne pas changer), il présente pour le patient des coûts et des bénéfices. C'est à lui de formuler les raisons d'un éventuel changement, d'en nommer les avantages et inconvénients. Cela prendra parfois du temps, alors que la situation médicale semble recommander une prescription d'urgence, mais c'est indispensable... Cet aspect a été développé précédemment à propos de l'alcool².

- Tout changement lié aux habitudes de vie est l'*aboutissement d'un long processus* dont Prochaska et Di Clemente ont modélisé les étapes : *précontemplation* (je ne suis pas concerné), *contemplation* (je suis incertain), *préparation* au changement, puis *action* et *maintenance*, parfois *rechutes*. Durant ce long processus, le *déni* ou la *résistance* sont les principaux obstacles.

- Une fois le patient prêt au changement, *c'est encore à lui de fixer les objectifs et le rythme de prise en charge*, même si cela paraît insuffisant.

Côté médecin, 3 principes :

- un *style chaleureux et bienveillant* avec une bonne qualité d'écoute (relation empathique),

Que conclure pour notre pratique ?

Chacun d'entre nous est confronté quotidiennement aux très fréquents échecs des simples conseils à des patients qui fument, boivent, mangent trop, ne bougent pas assez, ne prennent pas leurs médicaments... « *Chacun développe son style dans la manière de conseiller les patients, avec des résultats souvent décevants* »¹.

L'EM est un outil modélisé de la relation patient-médecin dont l'efficacité a largement été démontrée. Cet outil n'est réservé ni à certaines catégories de patients, ni à certains modes d'exercice. Il est parfaitement adapté à la médecine de premier recours. Différents aspects doivent encore faire l'objet d'études spécifiques, tels que la durée de l'EM, le nombre de rencontres, l'influence de l'expérience du praticien ou de son propre mode relationnel avec ses patients, mais les résultats actuels suffisent à une large diffusion et utilisation de la méthode.

Tous insistent sur la nécessité d'une **formation spécifique**. Elle nécessite quelques heures. Elle concerne la formation initiale et la formation continue des médecins.

- la prise en compte des *préoccupations et priorités du patient*, au stade où il en est,
- la valorisation des objectifs *que le patient s'est lui-même fixés*, quand vient le moment du changement. Pour répondre aux inévitables résistances, l'EM les prend en compte en les *reformulant*, donnant de *l'information* de manière neutre.

A qui s'adresse ces EM ?

Les auteurs anglais ont analysé 72 essais randomisés depuis 1991³. L'EM se montrait efficace dans 3/4 de ces essais. *Indice de masse corporelle, taux de cholestérol total, consommation d'alcool* (alcoolémie et consommation déclarée) ont baissé significativement après EM ; *HbA1c, pression artérielle systolique et nombre de cigarettes par jour* ont également baissé, mais non significativement. Psychologues et médecins obtenaient un résultat positif dans 80% des études (46% pour les autres professionnels de santé). Cet effet était confirmé pour 64% des études où l'EM était utilisé dans les délais habituels d'une consultation (15 mn), renforcé dès qu'il y avait plus d'un rendez-vous. Aucun effet délétère n'était apparu. La méta-analyse montrait au total que la méthode était efficace pour les comportements à risque signalés par les suisses mais aussi toutes les maladies (diabète, asthme, etc.) où interviennent des données comportementales.

Références :

1 - Berdoz D et al. *Quelques pistes données par l'entretien motivationnel*. Rev Med Suisse. 2005; 1: 2453-6.

2 - Collectif. *Mésusages de l'alcool : l'intervention brève en médecine générale*. Bibliomed. 2005; 370.

3 - Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviors*. New York: Guilford Press; 1991.

4 - Rubak S et al. *Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis*. Br J Gen Pract. 2005; 55: 305-12.