

3

MINUTES POUR

CHANGER UN COMPORTEMENT

Le pouvoir des mots :

l'art de communiquer change le devenir de votre patient



Jacques Bédard, MD, CSPQ, FRCPC(C), FACP
Médecine interne
Professeur titulaire d'enseignement clinique
Université de Sherbrooke, Québec, Canada

3

MINUTES POUR

CHANGER UN COMPORTEMENT

La modification des habitudes de vie constitue la pierre angulaire de la prévention et la prise en charge globale des maladies chroniques. Les professionnels de la santé utilisent habituellement une approche centrée sur le professionnel, plus ou moins « confrontationnelle », qui consiste à informer, à convaincre et à prescrire les actions menant au changement.

Le matériel de l'atelier fournit aux différents professionnels un outil d'intervention **UNIVERSEL** (une seule technique s'appliquant à tous les comportements, par tous les professionnels, touchant toutes les compétences CanMed) qui s'insère dans le cadre d'une intervention courte (3 minutes). Le but de cette intervention est d'accélérer et de renforcer le processus naturel qui intervient dans les stades de changement comportemental.

Jacques Bédard, MD, CSPQ, FRCP(C), FACP
Médecine interne
Professeur titulaire d'enseignement clinique
Université de Sherbrooke

L'OUTIL COMPREND

DEUX ÉTAPES :

1) ÉVALUATION :

- A) Stade de changement (Prochaska)
- B) Cible d'intervention : Conviction – Confiance (Miller et Rollnick)

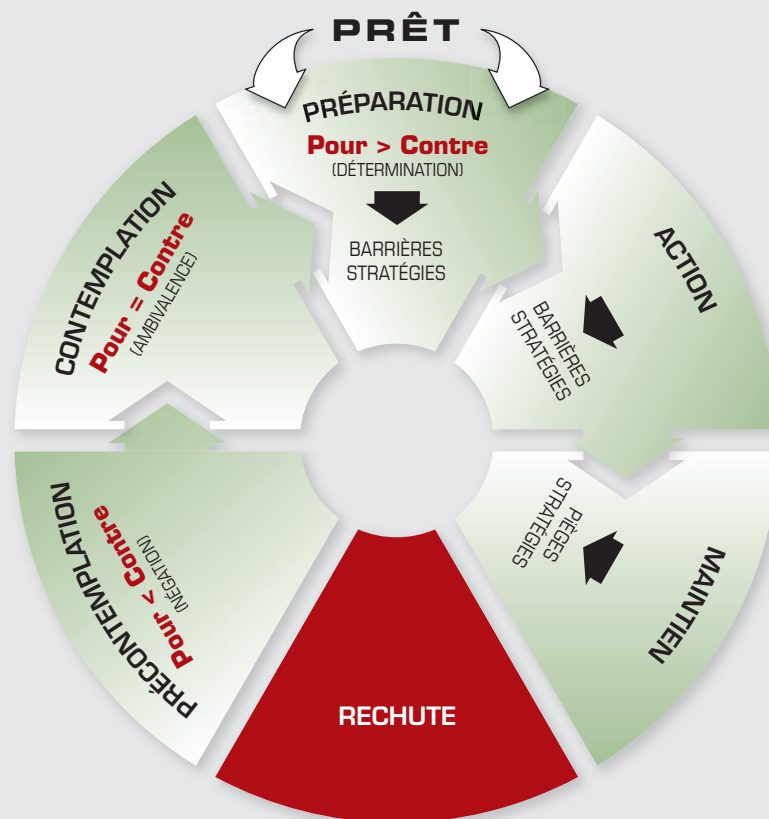
2) TECHNIQUE D'INTERVENTION :

Interview motivationnel

1A) ÉVALUATION DU STADE DE CHANGEMENT

La décision de modifier une habitude de vie est le résultat d'un cheminement NATUREL (identique pour tous les comportements) qui se fait par ÉTAPES, sur une période plus ou moins longue. Chacune des étapes constitue la fondation de l'étape suivante. Le rôle du professionnel de la santé, seul ou en équipe, consiste essentiellement à reconnaître, à renforcer et à accélérer ce cheminement tout au long de ces étapes.

Le graphique suivant illustre ces étapes (modèle transthéorique de Prochaska) en partant d'en bas à gauche (en Précontemplation), puis en cheminant dans le sens des aiguilles d'une montre.



STADES DE PROCHASKA

Le cheminement se fait donc en six étapes selon Prochaska :

1) PRÉCONTEMPLATION :

Négation du comportement problématique. La personne ne perçoit pas les avantages que lui procurerait la modification du comportement (pour < contre) (50 % des patients).

2) CONTEMPLATION :

Ambivalence reposant sur la perception que le changement de comportement procurerait autant d'avantages que de désavantages (pour = contre) (de 20 à 30 % des patients).

3) PRÉPARATION :

Motivation à changer reposant sur la perception que les avantages liés au changement surpassent de façon importante les désavantages (pour > contre) (de 10 à 20 % des patients). Ce n'est qu'à ce stade que la personne commencera à identifier les obstacles et à trouver des stratégies qui lui permettront de passer à l'action.

4) ACTION :

Modification du comportement (de 5 à 10 % des patients).

5) MAINTIEN :

Modification du comportement maintenue pendant six mois.

6) RECHUTE :

Il ne s'agit pas d'un échec, mais plutôt d'une partie intégrante du cheminement. Le professionnel doit s'en servir comme source d'apprentissage pour mettre en place des mesures de protection (anticipation des barrières et des obstacles et mesures de protection) de façon à augmenter les chances que le prochain « passage à l'action » soit définitif.

L'évaluation du stade se fait au moyen de questions ouvertes :

« Que pensez-vous de l'idée... De cesser de fumer? D'intégrer l'activité physique dans votre vie? De modifier votre alimentation? De modifier votre façon de prendre vos médicaments? »

Il est possible que la réponse donnée à ces questions imite en APPARENCE un stade en particulier. Toutefois, il ne s'agit peut-être pas du **stade RÉEL**, puisque le patient peut nous dire qu'il a l'intention de changer pour nous faire plaisir, ou encore parce qu'il a peur de la confrontation (il se remémore peut-être une expérience de confrontation passée avec un professionnel de la santé). Il incombe au professionnel de la santé de confirmer ou de déterminer le **stade RÉEL** en l'associant au niveau de conviction (consulter la section « Fusion des deux concepts »).

Avant toute intervention, la détermination systématique du stade réel, confirmé par le niveau de Conviction, est essentielle pour:

- 1) Réaliser l'approche centrée sur le patient, en choisissant le scénario d'intervention spécifique au stade du patient.
- 2) Fixer un objectif réaliste à chaque intervention (une intervention = un stade).
- 3) Évaluer le succès ou l'échec de l'intervention en comparant l'évolution du stade à chacune des visites, nous amenant ainsi à réajuster notre stratégie en fonction du succès ou de l'échec.
- 4) Déterminer le moment optimal d'utilisation des ressources pharmacologiques (p. ex., timbres de remplacement nicotinique pour fumeur) ou des professionnels membres de l'équipe (médecins, pharmaciens, infirmières, nutritionnistes, kinésologues etc.) en amenant d'abord le patient au stade Préparation (motivé à changer).

En effet il est complètement inutile de donner un timbre de remplacement nicotinique à un fumeur ou demander une consultation à une nutritionniste ou kinésologue lorsque le patient est en Précontemplation ou en Contemplation.

1B) ÉVALUATION DE LA CIBLE D'INTERVENTION :

Conviction ou confiance

CONVICTION : PERCEPTION des avantages à changer un comportement.

CONFIANCE : SENTIMENT d'avoir la capacité ou non de modifier un comportement.

Comme lors de l'évaluation du stade de Prochaska, l'évaluation de la conviction et de la confiance se fait au moyen de questions ouvertes :

CONVICTION : « Si vous décidiez de... quels seraient les avantages pour vous? »

CONFIANCE : « Si vous décidiez de... croyez-vous que vous pourriez y arriver? »

La conviction peut être :

1) FAIBLE (de 0 à 3/10) : Perception d'aucun avantage ou d'avantages abstraits en ajoutant « peut-être... ». En pratique, la conviction FAIBLE (de 0 à 3/10) se reconnaît lorsque le patient exprime la perception d'avantages abstraits (conviction modérée) et ajoute verbalement un « peut-être ou possiblement », nous amenant à diviser par 2 le niveau (p. ex. « si je mangeais mieux, mon taux de sucre serait peut-être plus bas ». Donc, « taux de sucre » = conviction modérée de 4/10 (avantage abstrait) et « peut-être », qu'on divise alors par 2 = 2/10, donc la conviction est faible.

2) MODÉRÉE (de 4 à 6/10) : Connaissance d'avantages abstraits ou théoriques.

En pratique, une conviction MODÉRÉE (de 4 à 6/10) est définie comme une perception non équivoque des avantages abstraits à changer un comportement comme « si je cessais de fumer, ma santé serait meilleure, si je prenais mes médicaments, mon cholestérol serait plus bas, si je cessais l'alcool, ma tension artérielle serait plus basse, si je mangeais mieux, mon taux de sucre serait mieux contrôlé, etc. »

Cette connaissance a été acquise par des informations découlant de lectures, d'explorations sur Internet, de discussions avec des professionnels de la santé, etc., et correspond à ce que nous appellerons la CONVICTION COGNITIVE.

Donc, CONVICTION MODÉRÉE (de 4 à 6/10) = CONVICTION COGNITIVE

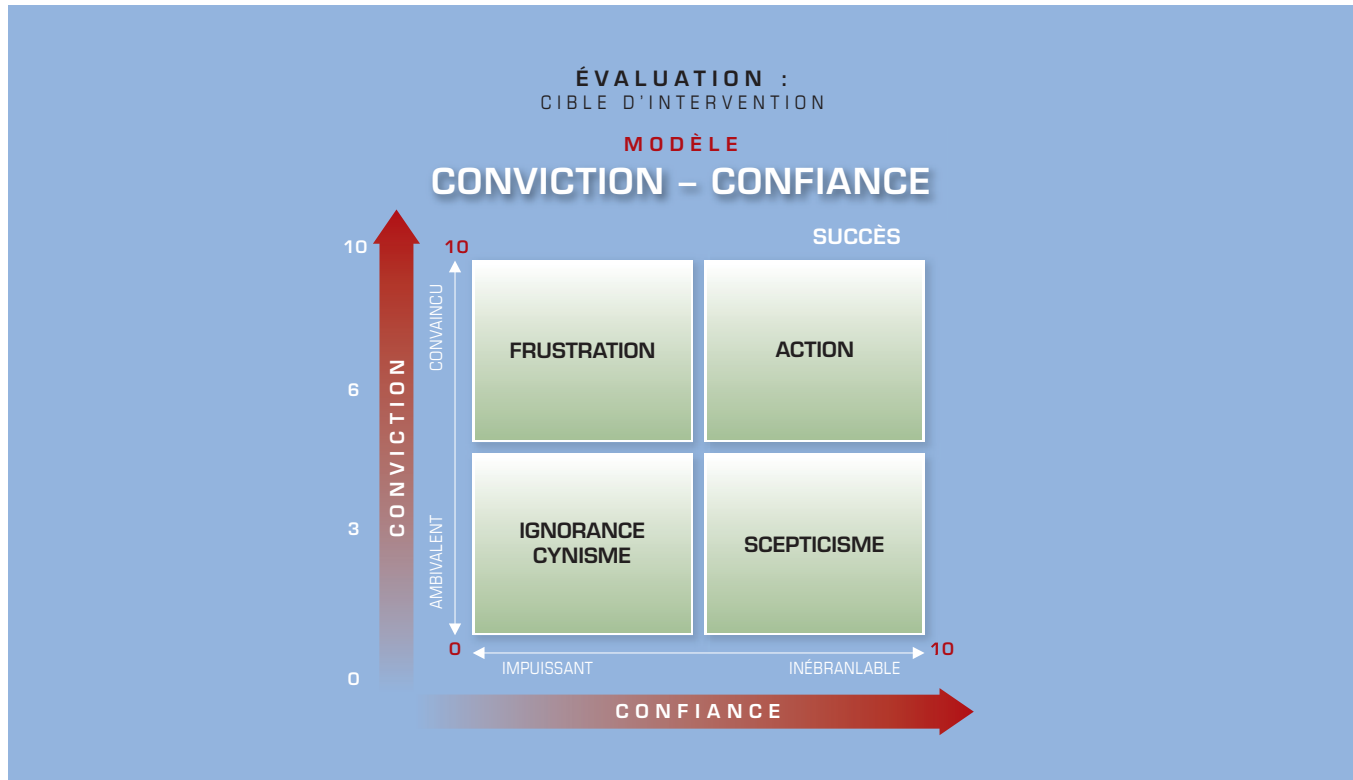
3) ÉLEVÉE (de 7 à 10/10) : Perception d'avantages non seulement sur le plan cognitif (avantages abstraits), mais avec (EN PLUS) un contenu positif, personnel et émotif très élevé (p. ex. « En arrêtant de fumer, je serai moins essoufflé. Je profiterai de ma vie et surtout je pourrai faire des activités avec mes petits-enfants. J'aurai une belle vie! »). Nous l'appellerons CONVICTION AFFECTIVE.

Donc, CONVICTION ÉLEVÉE = CONVICTION AFFECTIVE

De même façon, la confiance peut être basse (sentiment d'impuissance) ou élevée (confiance inébranlable).

L'évaluation menant à une stratégie d'intervention ciblée doit toujours préalablement comprendre les trois questions, en séquence, visant à déterminer les points suivants : stade – conviction – confiance (30 secondes). Sans ces trois éléments, il est impossible de faire une intervention centrée sur le patient. On reviendrait à l'approche directive inefficace (la même pour tous) dans laquelle on ne donne qu'informations et instructions (intervention centrée sur le professionnel).

Les échelles de **conviction** (de 1 à 10) et de **confiance** sont réunies dans ce graphique :



Les patients se situent toujours dans une case :

- > **sceptique** (conviction basse – confiance élevée)
- > **frustré** (conviction élevée – confiance basse)
- > **cynique** ou **ignorant** (conviction basse et confiance basse)

L'objectif d'une **intervention ciblée** consiste à augmenter la **conviction d'abord**, puis la confiance ensuite, de façon à amener le patient dans la case **ACTION** lorsque **LES DEUX** sont élevées.

Chez le patient **sceptique** (conviction basse – confiance élevée), l'intervention vise à augmenter la conviction, essentiellement en améliorant la perception des AVANTAGES **cognitifs** en premier, pour l'amener à une conviction modérée (de 4 à 6/10), puis en améliorant la perception des AVANTAGES **affectifs** personnels, positifs et émotifs menant à une conviction élevée (de 7 à 10/10).

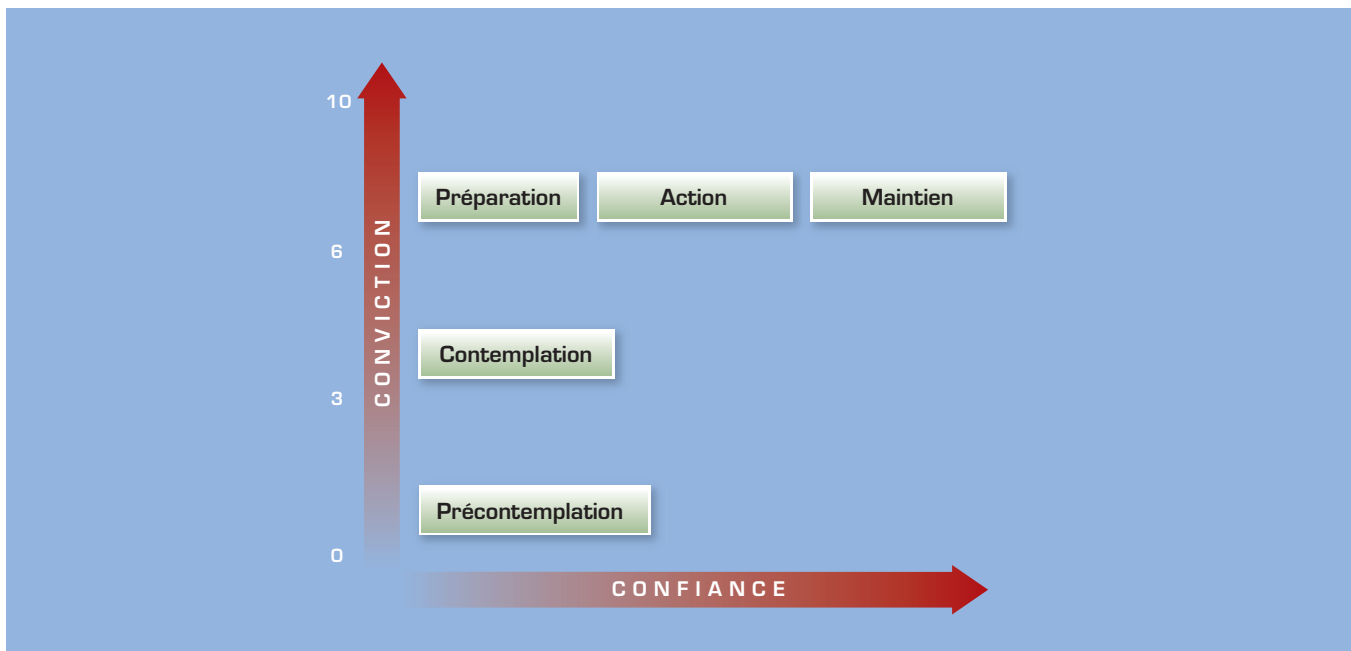
Chez un patient **frustré** (conviction élevée – confiance basse), l'intervention visera à augmenter la confiance en amenant celui-ci à déceler les barrières et les solutions (stratégies) menant à l'action.

Chez un patient **cynique** ou **ignorant** (conviction basse et confiance basse), l'intervention vise à augmenter **prioritairement** la conviction, de façon à ce que le patient soit motivé et prêt au changement. Ensuite, seulement, on s'attaquera à la confiance (barrières et stratégies).

DÉTERMINATION DU STADE RÉEL : FUSION DES DEUX CONCEPTS

L'échelle de **conviction** (modèle de Miller et Rollnick) constitue essentiellement **l'image en miroir des trois premières étapes de changement** de comportement du modèle de Prochaska : Précontemplation, Contemplation et Préparation.

Chacun des **trois niveaux de conviction** (Miller et Rollnick) correspond à un **stade spécifique** (Prochaska) :



Conviction faible (de 1 à 3/10) = Précontemplation

Perception d'aucun avantage ou d'avantages abstraits (avec « peut-être... »).

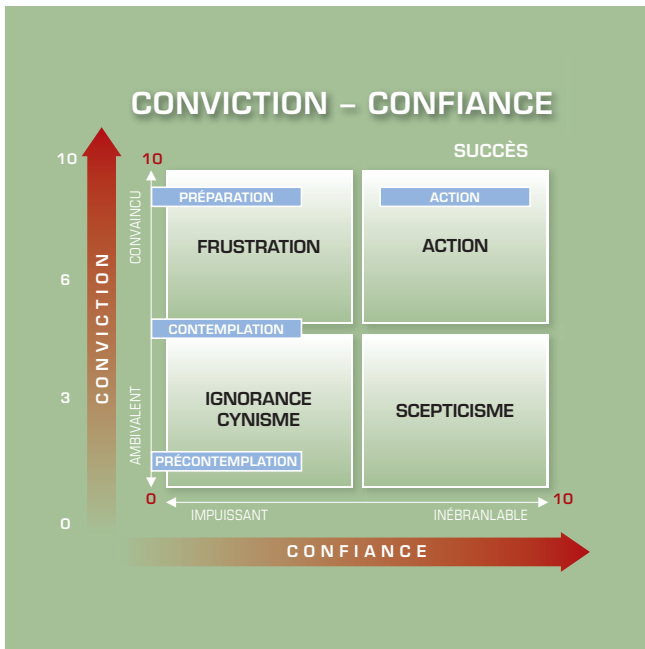
Conviction modérée (de 4 à 6/10) = Contemplation

Perception d'avantages abstraits ou connaissances théoriques : **conviction cognitive**.

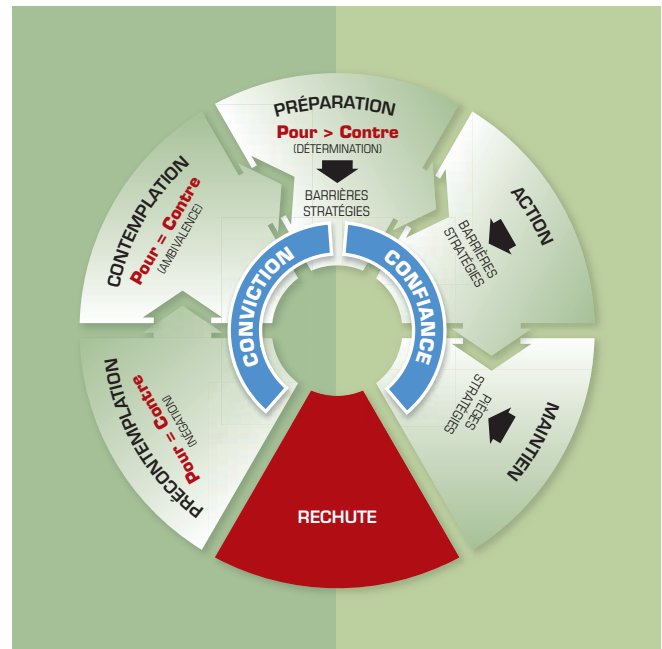
Conviction élevée (de 7 à 10/10) = Préparation

Perception d'avantages abstraits **PLUS** des avantages personnels, positifs, émotifs : **conviction affective**.

Le graphique suivant illustre l'intégration du modèle de Prochaska dans le modèle Miller et Rollnick en fonction de l'échelle de conviction.



Le graphique suivant illustre l'intégration du modèle de Miller et Rollnick dans le modèle Prochaska.



Ce constat (fusion des deux modèles) nous fournit un nouvel outil redoutable pour **toujours** identifier le **stade RÉEL** du patient, nous permettant ainsi de faire des interventions toujours appropriées au bon stade, même si le patient veut le cacher.

En effet, à la question du stade « Avez-vous l'intention de cesser de fumer... faire de l'exercice..., etc. », il arrive fréquemment qu'un patient nous donne une réponse politiquement correcte du type « Oui, je vais cesser de fumer! », soit pour nous faire plaisir ou par peur du rejet (certains ont déjà vécu une expérience traumatisante comme « Vous reviendrez me voir seulement après avoir cessé de fumer » ou « seulement si vous cessez de fumer »).

S'il y a **discordance** entre le stade **APPARENT** déterminé par la première question « Que pensez-vous de cesser de fumer, ... faire de l'exercice, etc.? » et le niveau de conviction déterminé par la deuxième question « Quels seraient les avantages pour vous de cesser de fumer, ... faire de l'exercice? », le **stade RÉEL** est toujours déterminé par le niveau de conviction (CV) (p. ex. CV faible [de 1 à 3/10] correspond au stade de Précontemplation, CV modérée [de 4 à 6/10] correspond au stade Contemplation, CV élevée [de 7 à 10/10] correspond au stade Préparation).

L'intervention ciblée doit toujours être individualisée et modulée sur le **stade RÉEL**.

2) INTERVENTION :

Interview motivationnel

L'approche traditionnelle (centrée sur le thérapeute), consistant à informer le patient, essayer de le convaincre et lui donner des instructions sur ce qu'il doit ou ne doit pas faire, est **directive**, souvent « confrontationnelle » et surtout inefficace.

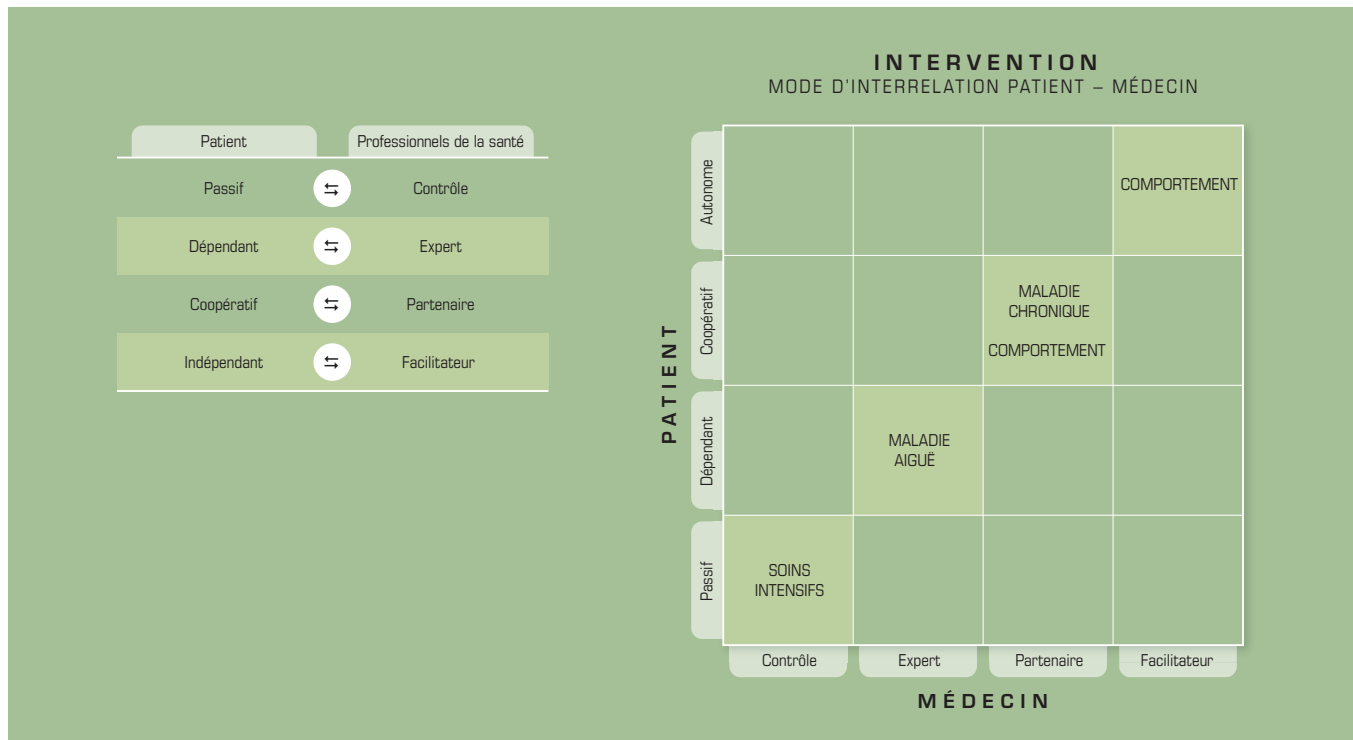
Elle amène souvent le patient à répondre « Oui, mais... ». Une telle réponse nous permet de reconnaître qu'on est malheureusement en mode **directif** d'intervention, ce qui constitue véritablement une catastrophe. En effet, le patient se convainc lui-même de l'inverse d'où on veut l'amener lorsqu'il avance ses arguments pour justifier ses objections.

Il n'est pas surprenant que la majorité des professionnels de la santé soient « frustrés » en ayant l'impression que les patients ne changent pas malgré toutes les interventions; en effet, les interventions directives traditionnelles font le plus souvent **régresser plutôt qu'avancer**.

À l'opposé, une approche de négociation (centrée sur le patient), caractéristique de l'interview motivationnel, utilisera le pouvoir des **QUESTIONS OUVERTES** de façon à PROVOQUER d'abord une prise de conscience des avantages (augmentation de la conviction) dans les stades précoces (Précontemplation, Contemplation, Préparation), puis une évaluation des barrières et des solutions (augmentation de la confiance) dans les stades avancés (Action, Maintien).

L'efficacité de ce type d'intervention repose sur le fait que le changement vient du patient, et qu'il est mis en œuvre par celui-ci (non imposé de l'extérieur).

Voyons d'abord où se situe ce type d'intervention dans le contexte général des profils de communication « Professionnels de la santé et Patients ».



Chaque profil de communication correspond à une situation clinique spécifique et doit être utilisé dans la bonne circonstance.

Le mode patient passif – professionnel contrôleur (**centré sur le professionnel**) serait approprié par exemple chez un patient aux soins intensifs, ne pouvant communiquer ou non conscient. Les décisions sont prises unilatéralement par le professionnel.

Dans le mode patient dépendant – professionnel expert (**centré sur la maladie**), le patient renonce temporairement à une partie de son autonomie et s'en remet à l'expertise du professionnel, par exemple pour le traitement d'une maladie aiguë. Pour un médecin, l'intervention caractéristique est alors la **prescription**.

Dans le mode patient coopératif – professionnel collaborateur (**centré sur le patient**), le patient gardera une autonomie et aura un rôle actif prédominant dans la décision d'initiation ou de poursuite d'un traitement. Ce mode de communication doit être utilisé pour le traitement de maladies chroniques et les interventions visant les changements de comportement. L'intervention caractéristique est la négociation et non la prescription, comme dans le mode dépendant – expert utilisé dans le traitement des maladies aiguës.

Ultimement, le mode patient autonome – professionnel facilitateur sera utilisé pour le renforcement chez les patients aux stades Action et Maintien après un changement de comportement.

Savoir passer d'un mode de communication à l'autre, dépendant de la situation clinique, constitue la caractéristique d'un clinicien expert dans 4 des 6 compétences « transversales » du programme CanMED (professionnel, communicateur, collaborateur, promoteur de la santé).

Lorsqu'on vise un changement de comportement, il y a 3 scénarios d'intervention possibles :

- 1) Augmenter la conviction cognitive (scénario 1) puis affective (perception d'avantages positifs, personnels, émotifs) avec le scénario 2 de façon à amener les patients motivés au stade de Préparation.
- 2) Augmenter par la suite la confiance (scénario 3 : barrières et stratégies) pour ceux en Préparation, qui sont PRÊTS et motivés à passer à l'action.

Augmenter la conviction

L'intervention pour augmenter la conviction constitue l'intervention la plus fréquente (peu importe le comportement) puisque 50 % des patients sont en Précontemplation, de 20 à 30 % en Contemplation et de 10 à 20 % en Préparation.

Le graphique suivant illustre les principes GÉNÉRAUX de cette intervention :



Le **CONTENU** d'une intervention est donc de motiver et d'informer (si besoin est).

L'**OBJECTIF** de chaque intervention est seulement le passage d'une étape à l'autre.

L'**ÉTALON** mesurant le succès ou l'échec d'une intervention est le fait de passer une étape par intervention (100 % de succès).

L'**OUTIL** utilisé est la formulation de **QUESTIONS OUVERTES** qui provoque le cheminement plutôt que le fait d'imposer. L'intervention visant l'augmentation de la Conviction comprend les scénarios n°1 (Conviction cognitive, de Précontemplation à Contemplation) et n° 2 (Conviction affective, de Contemplation à Préparation). Chacun des scénarios possède une technique de conclusion d'entrevue (CLOSING) spécifique de façon à consolider le patient à son nouveau stade et amorcer le cheminement vers le stade suivant : scénario 1 = questions et informations, scénario 2 = questions ou passage au scénario 3.

INTERVENTION VISANT LE PASSAGE DE LA PRÉCONTEMPLATION À LA CONTEMPLATION (50 % des cas) Scénario n° 1 : Conviction Cognitive ou perception d'avantages abstraits (ma santé sera meilleure... mon diabète sera mieux contrôlé... ma pression artérielle sera plus basse... etc.).

Ici, l'objectif est donc de passer d'une conviction faible (de 0 à 3/10 : correspondant à la Précontemplation) à une conviction modérée (de 4 à 6/10 « avantages abstraits » : correspondant au stade de la Contemplation).

La technique d'intervention (Interview Motivationnel) consiste à recadrer et reformuler des questions ouvertes, en faisant toujours la relation avec les avantages du comportement souhaité. Le professionnel amène ainsi le patient à exprimer lui-même ces avantages, le conduisant à se convaincre lui-même des bénéfices à l'adoption du comportement bénéfique.

Dans les rares cas où le patient n'aurait connaissance d'aucun avantage, le professionnel reviendra au mode d'intervention traditionnel et donnera des informations (avec empathie) de façon à l'amener au stade de la Contemplation, avec une certaine connaissance des avantages abstraits.

Comment récupérer un patient en Précontemplation qui met des barrières infranchissables et refuse d'exprimer sa perception des avantages?

Cette situation peut survenir en général chez des patients au stade de la Précontemplation qui auraient été traumatisés lors d'expériences antérieures, où ils auraient senti une agression de la part d'un professionnel par des interventions directives avec un mode de confrontation.

La technique consiste à reformuler la question, en utilisant le conditionnel dans la formulation de la question. Il s'agirait de passer de « Quels sont les avantages de...? » à « Quels pourraient être les avantages à...? », si la réponse était négative à la première question (avec un non verbal de fermeture complète). L'utilisation du conditionnel est beaucoup moins menaçante, si le patient craint une confrontation.

Dans l'hypothèse d'un blocage absolu, il nous faut alors réaliser un « BYPASS » en dépersonnalisant la question : « Je comprends que vous n'avez aucun avantage, mais pour QUELQU'UN D'AUTRE, théoriquement, quels pourraient être les avantages de... ? ». Lorsque le patient commence à formuler certains avantages, on reformule et on continue à demander des questions sur les avantages en enlevant le « quelqu'un d'autre ». On revient ainsi aux avantages du patient. En pratique, la majorité des patients ont la capacité de commencer un cheminement à partir du stade de Précontemplation.

CLOSING D'ENTREVUE une fois le patient rendu en Contemplation (scénario n° 1) :

Il y a 2 conclusions d'entrevue possibles avec le scénario n° 1 : questions et/ou informations.

De façon à consolider le nouveau stade, on peut laisser des outils d'information (lectures, liens Internet, brochures d'information, etc.) à consulter ultérieurement, si besoin est. Il faut aussi négocier une action par le patient, à l'effet qu'il

continue à se poser des questions jusqu'à la prochaine rencontre (« Comment est-ce qu'une meilleure santé, obtenue en..., m'aiderait à mieux profiter de la vie? »). En amenant ainsi l'aspect émotionnel, le patient établit des liens entre le comportement souhaité et une meilleure qualité de vie. Ce processus, qui va bien au-delà de la courte entrevue, aura pour effet que le patient continuera à se convaincre lui-même, de plus en plus, des avantages du changement, consolidant ainsi le stade Contemplation, et amorçant par le fait même spontanément le cheminement vers le prochain stade de la Préparation.

INTERVENTION VISANT LE PASSAGE DE LA CONTEMPLATION À LA PRÉPARATION (DE 20 À 30 % des cas) Scénario n° 2: Conviction Affective ou perception d'avantages personnels, positifs (la carotte et non le baton), avec une charge émotive élevée.

Ici, l'objectif est donc de passer d'une conviction modérée (de 4 à 6/10 : correspondant au stade de Contemplation) à une conviction élevée (de 7 à 10/10 : conviction affective en plus d'une conviction cognitive correspondant au stade de Préparation).

Lorsque le patient connaîtra un certain nombre d'avantages abstraits (p. ex. « mon cholestérol serait plus bas, ma santé serait meilleure, etc. ») (conviction cognitive, stade Contemplation), le niveau de conviction ne dépassera jamais le niveau modéré (6/10). On peut continuer à donner des informations jusqu'à rendre un patient EXPERT au niveau des connaissances sans que cela ne le motive à changer. Pour être motivé, il faut ressentir EN PLUS des avantages abstraits, des avantages personnels et positifs avec un contenu émotif très élevé.

En réponse à la question « Quels sont les avantages à...? » qui commence l'intervention, le patient exprime un ou plusieurs avantages (p. ex. « quels seraient les avantages à cesser de fumer? » Réponse : « Ma santé serait meilleure et je sauverais de l'argent! »). Le thérapeute sélectionne alors certains avantages qui semblent contenir plus de potentiel pour amener le patient à exprimer des avantages positifs, émotifs et personnels, puis REFORMULE la question spécifiquement en fonction des avantages exprimés (p. ex. « Vous dites que votre santé serait meilleure; mais **pour vous [ramener aux avantages personnels]**, qu'est-ce que ça représente une santé meilleure? – RÉPONSE : « Si j'arrête de fumer, je serai moins essoufflé et je tousserai moins »). Une première étape est franchie : le patient exprime maintenant des avantages personnels (tousser, être essoufflé), mais ils sont négatifs (douleur liée au fait de tousser et d'être essoufflé) et dénués d'une charge émotive.

Le thérapeute sélectionne alors un avantage exprimé et reformule une question, en rappelant l'association avec le comportement désiré, pour provoquer l'expression d'avantages positifs avec charge émotionnelle élevée. Exemple : « Vous me dites donc, qu'en arrêtant de fumer, vous seriez moins essoufflé. Comment est-ce que cela améliorera votre qualité de vie... quelles sont les belles choses dans votre vie dont vous pourrez continuer à profiter en demeurant en meilleure santé par l'abandon du tabac? » (provoquer l'expression d'avantages positifs et émotifs). Réponse : « L'autre jour, par exemple, j'ai essayé de jouer avec mes petits-enfants; j'ai dû cesser après deux minutes, car j'étais trop essoufflé. Si je suis moins essoufflé, je pourrai avoir une meilleure relation avec eux... jouer... les amener au parc... Ils en seront aussi très heureux; ils aiment beaucoup leur grand-père! » L'étape cruciale vient d'être franchie : le patient vient d'exprimer des avantages très positifs et extrêmement émotifs (petits-enfants).

À ce moment le thérapeute formule l'association, « arrêt de fumer – petits-enfants » et reformule une question de façon à ce que le patient continue lui-même à se convaincre et se motiver à changer (p. ex. « Vous me dites finalement qu'en arrêtant de fumer, vous allez pouvoir vous rapprocher de vos petits-enfants; dites-moi tout ce que vous aimeriez faire avec vos petits-enfants... »). Plus le patient décrit les choses qu'il ferait avec ses petits-enfants, plus il ressent le besoin de modifier son comportement délétère. Plus on le fait parler, plus il se convainc : il parvient au stade de la Préparation (conviction affective élevée 10/10).

Voir l'annexe 1 (M. Martin)

Cette technique est à l'opposé de la technique traditionnelle dans laquelle le thérapeute essaie de convaincre le patient des avantages qu'il voit (avec des informations et instructions) et qui résulte en la formulation du « Oui, mais...! » par le patient, qui se convainc alors de l'inverse et recule dans son cheminement.

Cet exemple n'est que l'illustration du principe général qui est le même quel que soit le type d'intervention ou de comportement. L'augmentation de la Conviction se fait toujours par la reformulation de questions ouvertes, en faisant la relation avec le comportement désiré, de façon à toujours amener le patient à exprimer lui-même des avantages positifs, émotifs et personnels et, ce faisant, le ressentir profondément.

CLOSING D'ENTREVUE une fois le patient rendu en Préparation (scénario n° 2) :

Il y a 2 conclusions d'entrevue possibles (Closing) avec le scénario n° 2:

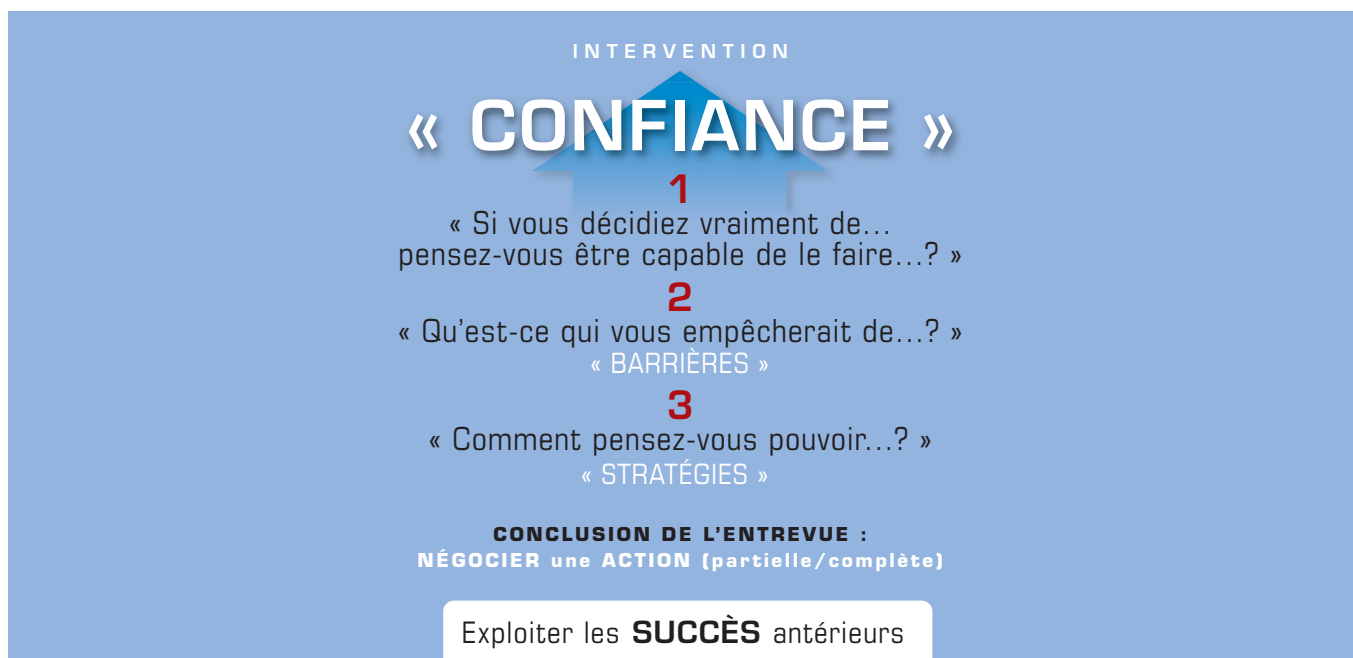
- 1) Si la perception d'avantages n'a pas de charge émotive élevée, proposer des questions ouvertes que le patient pourra se poser pendant quelques minutes chaque jour après l'entrevue. Il identifiera plus d'avantages personnels, positifs, avec charge émotive élevée, augmentant sa motivation et consolidant ainsi son nouveau stade de Préparation.
- 2) Si la perception d'avantages contient maintenant une charge émotive très élevée, passer au scénario numéro 3 (explorer barrières et stratégies) et faire le Closing avec le passage à l'Action (battre le fer pendant qu'il est chaud!)

INTERVENTION VISANT À AUGMENTER LA CONFIANCE (de 10 à 15 % des cas). Scénario n° 3: Augmenter la confiance

L'intervention visant à augmenter la Confiance commence seulement une fois le patient convaincu et motivé, c'est-à-dire parvenu à l'étape charnière de la PRÉPARATION.

En pratique, le professionnel utilise 3 questions, en séquence, de façon à amener le patient à identifier et exprimer sa propre perceptions de ses barrières et ses stratégies pour finalement décider de passer à l'Action. Le Closing du scénario n° 3 est donc le passage, au moins partiel, à l'Action.

Le graphique suivant illustre la démarche :



Ce cheminement est réaliste car il repose sur le fait que le patient fait sa propre démarche (provoquée par nos questions), identifie ses propres solutions, ce qui est très différent de l'approche directive traditionnelle dans laquelle le professionnel projette ses barrières et solutions, le plus souvent différentes de celles du patient. Une Action, même partielle, constituera le premier succès qui renforcera la confiance et servira de base pour la consolidation.

Pour illustrer une intervention, voir l'annexe 2 (M^{me} Richard).

CLOSING D'ENTREVUE pour augmenter la Confiance

La négociation d'une **ACTION** (même partielle) constitue la conclusion de l'intervention sur la confiance.

Ainsi, après que le patient ait exprimé ses barrières et ses solutions, l'interview se termine par la conclusion d'une entente sur les mesures concrètes à prendre immédiatement.

Durant les stades de l'Action et du Maintien, le professionnel doit demeurer actif dans ses interventions et évaluer, à chaque visite, le niveau de Conviction affective, de façon à renforcer cette Conviction, si besoin est, et prévenir ainsi la Rechute.

Si le patient rechute (habituellement en Contemplation ou en Préparation), le professionnel doit, dans un premier temps, intervenir pour enlever le sentiment de culpabilité. Par la suite, on identifie le piège qui a précipité la rechute et on installe de nouveaux mécanismes de défense contre ce piège. Nous accélérons le cheminement vers la Préparation puis l'Action. Enrichis de ce nouveau mécanisme de défense, les patients voient leur probabilité augmentée que le prochain passage à l'action sera définitif.

Que faire lorsque plusieurs comportements nécessitent une intervention chez le même patient?

Les études ont bien démontré que toute intervention sur plus d'un comportement dans une même séance est infructueuse, à l'exception d'une intervention sur l'activité physique en plus d'un autre comportement, comme activité physique + diète ou activité physique + cessation tabagique. En effet, l'activité physique catalyse d'autres comportements comme la diète et le tabagisme. Que ce soit pour cette raison ou pour une question de temps disponible, le professionnel aura le plus souvent à choisir un seul comportement sur lequel il interviendra, reportant à plus tard les interventions sur les autres.

La première intervention portera sur le comportement où le patient est au stade le plus avancé dans son cheminement (d'abord le comportement au stade Préparation, puis de la Contemplation et finalement de la Précontemplation). Ce choix correspondra le plus souvent au comportement que le patient voudrait voir le premier modifié si on lui demandait sa préférence.

Par exemple, un patient obèse, fumeur, sédentaire et ne respectant pas sa diète pourrait être au stade de la Préparation pour l'activité physique, de la Contemplation pour la diète, et au stade de la Précontemplation pour le tabagisme. Dans ce cas, la première intervention visera l'activité physique (Préparation) de façon à favoriser un succès plus rapide (passage à l'Action). À partir de ce premier succès, qui a pour effet d'augmenter la confiance, la stratégie d'intervention se déplacera maintenant vers l'alimentation (Contemplation) pour amener le patient en Préparation, puis à l'Action. En dernier lieu, l'arrêt tabagique sera adressé en augmentant la conviction cognitive pour passer à la Contemplation, puis affective, pour passer au stade de la Préparation. Finalement, il faudra adresser la confiance pour passer à l'Action.

EN RÉSUMÉ

Les messages clés sont relativement simples :

- 1) À l'opposé d'une approche inefficace, centrée sur le professionnel (la même pour tous les patients et tous les comportements), une intervention centrée sur le patient doit se faire en situant d'abord le patient dans son cheminement en précisant Stade (réel) (ST)–Conviction (CV)–Confiance (CF). L'acquisition de cette nouvelle habileté, par tout professionnel, est la condition incontournable de la possibilité de faire une intervention ciblée, centrée sur le patient, pour accélérer le changement de tous les comportements.
- 2) À la question qui évalue le Stade (Apparent) : Exemples; Pensez-vous cesser de fumer? - intégrer l'activité physique dans votre quotidien? - changer votre alimentation?... modifier la façon de prendre vos médicaments pour ne pas oublier?... etc.) il faut se rappeler qu'un nombre significatif de patients nous donneront une réponse politiquement correcte, soit pour nous plaire ou par crainte d'un rejet de notre part. La réponse ne correspond pas à ce qu'ils ressentent vraiment. Il s'agit du **stade Apparent!** Avant toute intervention le **stade RÉEL** doit toujours être confirmé par le niveau de Conviction qui correspond toujours à la pensée réelle du patient. (se référer à la section : « Détermination du stade Réel : Fusion des deux concepts »)
- 3) L'intervention directive traditionnelle (donner des informations pour convaincre et des directives pour avancer) soulève la résistance et provoque le plus souvent une régression de stade (exprimée par le syndrome du « Oui, mais... »). Ce type d'intervention, qui est naturel et spontané pour tous les professionnels de la santé, ne doit plus être utilisé.
- 4) La technique de communication étiquetée, « interview motivationnel », remplacera l'approche directive par la manipulation habile de questions ouvertes qui auront pour effet de reconnaître, renforcer, et accélérer le cheminement du patient d'une étape à l'autre. L'habileté d'utiliser cette technique de communication peut se développer facilement et devenir la technique spontanée d'intervention centrée sur le patient.

En pratique, le défi le plus difficile sera de remplacer l'approche DIRECTIVE traditionnelle qui constitue notre modèle d'intervention unique depuis des années, par la technique de l'interview motivationnel qui constitue un nouveau mode de communication.

Le mode de communication des patients et des professionnels s'améliore en devenant Patient Coopératif - Professionnel Partenaire. Ce niveau de communication est supérieur au mode Patient Dépendant - Professionnel Expert (utilisé dans le traitement de maladies aiguës) puisque le patient joue maintenant un rôle actif dans la gestion de ses maladies chroniques et ses habitudes de vie. Le professionnel devient un véritable partenaire et même un complice. Il n'y a plus de frustration de la part du professionnel puisqu'il n'y a plus de confrontation en l'absence d'interventions directives.

Il ne vous reste qu'à vous habituer à poser ces trois questions clés :

1) « Que pensez-vous de l'idée de...? » (Stade Apparent)

2) « Si vous décidez de..., quels seraient les avantages pour vous? »

(Conviction = **stade RÉEL**)

3) « Si vous décidiez de..., croyez-vous que vous pourriez y arriver? »

(Confiance)

L'utilisation de cette technique d'intervention permet :

- 1) de définir, à chaque intervention, un scénario approprié d'intervention, centré sur le patient (parmi les 3 scénarios possibles) avec une technique précise de Closing pour chaque scénario.
- 2) d'évaluer le succès ou l'échec de nos interventions dans le temps, selon que le patient avance ou recule dans son cheminement d'une étape à l'autre.
- 3) d'optimiser l'utilisation des aides pharmacologiques (exemple : timbre de remplacement nicotinique pour la cessation tabagique) ou les aides des autres professionnels de l'équipe (par exemple, nutritionnistes, pharmaciens, kinésiothérapeutes, etc.), au moment approprié, c'est-à-dire après avoir motivé le patient au stade Préparation.

Au cours des 30 dernières années, les guides de pratique ont toujours mis l'accent sur le **POURQUOI** de l'importance d'intervenir plus efficacement pour changer les habitudes de vie délétères des patients; le moment est arrivé de centrer notre attention sur le **COMMENT**.

Ceci n'est que le premier pas dans la bonne direction!

Jacques Bédard, MD, CSPQ, FRCP(C), FACP

Médecine interne

Professeur titulaire d'enseignement clinique

Université de Sherbrooke

ANNEXE 1 – AUGMENTER LA CONVICTON

M. Martin

Infarctus du myocarde, dyslipidémie, MPOC

Médication : AAS entérosoluble 81 mg, aténolol 50 mg, atorvastatine 40 mg, bromure d'ipratropium et sulfate de salbutamol (aérosol pour inhalation Combivent^{MC} PRN)

État clinique stable

Fume depuis l'âge de 12 ans et n'a jamais essayé d'arrêter

Ne boit plus d'alcool depuis 4 ans

Objectif : abandon du tabac

1) ÉVALUATION : stade conviction – confiance

STADE

Professionnel : *Avez-vous pensé faire quelque chose pour le problème de tabac?*

Patient : *Je vais probablement cesser un jour, mais je ne suis pas prêt.*
(Stade Apparent: Contemplation)

CONVICTON

Professionnel : *Qu'est-ce que ça vous apporterait de cesser de fumer?*

Patient : *Ma santé serait meilleure.* (Conviction modérée - 4/10 parce que perception d'avantages cognitifs. Confirme le stade Contemplation)

CONFIANCE

Professionnel : *Si vous décidez d'arrêter de fumer, pensez-vous que vous pourrez y arriver?*

Patient : *Si je décide de le faire, je vais le faire sans problème. J'ai cessé de boire il y a 4 ans : je n'ai jamais recommencé.* » (Confiance élevée)

M. Martin est au stade de la Contemplation avec une Conviction modérée (Cognitive) et une Confiance élevée. La sélection du scénario 2 d'intervention amènera ce patient à ressentir, en plus d'une connaissance abstraite, une perception d'avantages, personnels, positifs, avec une charge émotionnelle très élevée de façon à le motiver, l'amenant au stade de Préparation.

2) INTERVENTION

Le professionnel posera des questions ouvertes qui inviteront le patient à exprimer lui-même les avantages d'une modification du comportement (il n'essaiera pas de répondre à la place du patient). Il recentrera et reformulera les questions selon les réponses du patient pour faire en sorte que le patient évoque des avantages personnels ayant un contenu émotionnel élevé (la base de la motivation à l'égard du changement).

Professionnel : *Si vous décidiez d'arrêter de fumer... qu'est-ce que ça vous apporterait?*

Patient : *Je serais en meilleure santé.* (Avantage abstrait : Conviction modérée - 4/10)

Reformuler la question à partir de la réponse du patient.

Professionnel : *Qu'est-ce que ça vous apporterait d'être en meilleure santé?*

Patient : *Je tousserais moins et je serais moins essoufflé.*

(Avantages plus personnels : la douleur et l'inconfort ne sont pas des notions abstraites : conviction modérée)

Reformuler la question à partir de la réponse du patient, en faisant l'association des bénéfices avec le comportement souhaité :

Professionnel : *En étant moins essoufflé parce que vous arrêteriez de fumer, comment votre qualité de vie serait améliorée... comment pourriez-vous mieux profiter de votre vie?*

Patient : *Ma qualité de vie serait beaucoup améliorée. Par exemple, l'autre jour, j'ai essayé de jouer avec mes petits-enfants. J'ai dû arrêter après 30 secondes parce que j'étais trop essoufflé. Je pourrais donc me rapprocher beaucoup plus d'eux. Je pourrais aussi les sortir, peut-être faire des voyages.*

(Les avantages sont maintenant très personnels et comportent une charge émotionnelle élevée : « jouer avec mes petits-enfants » = conviction élevée = 10/10 = patient très motivé)

Renforcement, en faisant l'association des bénéfices avec le comportement souhaité :

Professionnel : *Donc en arrêtant de fumer vous allez pouvoir profiter de vos petits-enfants. C'est effectivement extraordinaire. Dites-moi en plus : qu'allez-vous faire avec vos petits-enfants?*

Plus le patient exprime les activités qu'il aimerait faire avec ses petits-enfants, plus il ressent profondément le désir de le faire et plus il devient motivé à cesser de fumer pour pouvoir profiter du grand bonheur de ses petits-enfants. On ne ressent que ce que l'on exprime; il faut amener le patient à exprimer les avantages et non lui dire les avantages que NOUS, en tant qu'expert, nous pensons qu'IL AURAIT.

Closing d'entrevue; il y a 2 possibilités de CLOSING

1) Questions à se poser à domicile pour identifier plus d'avantages personnels positifs et émotionnels si le patient n'est pas assez motivé.

OU

2) Passer au scénario 3 : barrières et stratégies s'il est très motivé (comme dans le cas présent).

Closing : scénario 3 : barrières et stratégies en formulant la relation avec les bénéfices du changement.

Professionnel : *Je constate que ce qui est très important pour vous est de profiter de vos petits-enfants, en étant moins essoufflé parce que vous arrêteriez de fumer. Qu'est-ce qui vous en empêche? Pensez-vous qu'il pourrait y avoir quelque chose que vous pourriez commencer à faire dans cette direction?*

Patient : *En fait, je pense que je pourrais commencer par diminuer et passer de 1 paquet de cigarettes par jour à 1/2 paquet.*

Professionnel : *En effet, ce serait un très bon début. Êtes-vous prêt à prendre la décision maintenant et on verra à la prochaine visite comment ça va?*

Patient : *D'accord, je commence aujourd'hui.*

Le Closing final devient donc celui du scénario 3 soit le passage à l'Action (même partielle).

ANNEXE 2 – AUGMENTER LA CONFIANCE

M^{me} Richards

Émilie est une femme mariée de 31 ans travaillant en tant que représentante du service à la clientèle à temps plein dans une banque. Elle vous consulte pour un gain de poids de 18 kg en raison de ses grossesses. Elle mesure 1,65 m et pèse 79,5 kg; son IMC est de 29. Elle s'efforce de manger sainement, mais manque de temps pour un programme d'exercice régulier. Avant de se marier, la patiente aimait les activités sportives.

L'objectif de l'intervention est d'aider la patiente à perdre du poids en l'amenant à recommencer à faire des activités physiques.

1) ÉVALUATION : stade conviction – confiance

STADE

Professionnel : *Avez-vous pensé intégrer de l'activité physique dans votre vie quotidienne?*

Patiente : *J'aimerais être plus active et je compte bien l'être dans quelques mois, quand j'aurai trouvé de l'aide à la maison avec les tâches ménagères. (Stade Apparent, Préparation puisque semble à la recherche de stratégies pour passer à l'Action.)*

CONVICTION

Professionnel : *Quels avantages voyez-vous dans le fait de devenir active physiquement?*

Patiente : *J'étais auparavant très active et j'aimerais retrouver la forme. Je ne serais plus épuisée à la fin de la journée. Je pourrais enfin perdre du poids, me sentir bien et avoir plein d'énergie. À cette époque la vie était belle! (Conviction élevée avec charge émotionnelle élevée - Conviction 10/10 = motivée = confirmation du stade RÉEL de Préparation.)*

CONFIANCE

Professionnel : *Si vous décidez de vous mettre en forme maintenant, pensez-vous pouvoir le faire?*

Patiente : *À l'heure actuelle, je me lève tôt pour les enfants, je travaille toute la journée et je suis complètement vidée après les avoir mis au lit. Je ne vois pas comment je pourrais y arriver maintenant. (Confiance très faible)*

M^{me} Richards est donc au stade de la Préparation avec une conviction élevée et une confiance très faible. La cible de l'intervention est d'augmenter la confiance.

2) INTERVENTION

Comme lors de l'intervention pour augmenter la conviction, le professionnel utilisera des questions ouvertes pour que la patiente exprime elle-même comment elle perçoit ses barrières (« Qu'est-ce qui vous empêche de...? ») et ses solutions (« Comment pensez-vous pouvoir franchir cette barrière? »).

La rencontre se termine par une négociation incitant la patiente à prendre des mesures concrètes d'ici la prochaine rencontre. C'est le début du passage à l'action.

Identification des barrières :

Professionnel : *Si vous décidiez vraiment de faire plus d'exercice, croyez-vous que vous pourriez y arriver?*

Patiente : *C'est probable, mais ce serait très difficile.*

Professionnel : *Qu'est-ce qui vous empêcherait de faire plus d'exercice?*

Patiente : *Le manque de temps.*

Professionnel : *Y a-t-il d'autres barrières qui vous empêchent de reprendre vos exercices?*

Patiente : *Non c'est seulement une question d'horaire.*

Donc, la barrière est le temps et l'énergie.

Identification des solutions en faisant la relation avec les avantages.

Professionnel : *Pour recommencer à bien vivre comme avant et à vous sentir encore pleine d'énergie, pensez-vous que vous pourriez faire quelque chose qui irait dans ce sens?*

Patiente : *Une promenade avec les enfants après ma journée de travail serait probablement un bon point de départ.*

Professionnel : *En pratique, auriez-vous une idée sur la façon dont vous pourriez commencer cette initiative?*

Patiente : *Oui, Je pense que je pourrais commencer à marcher environ 20 minutes chaque jour, entre le travail et le souper, quand les enfants reviennent de l'école.*

Professionnel : *C'est certainement un excellent début. Quand seriez-vous prête à commencer?*

Patiente : *D'accord, je commence lundi.*

Professionnel : *Seriez-vous d'accord aussi de vous poser la question et voir s'il y aurait en plus autre chose que vous pourriez faire pour retrouver la sensation de bien-être que vous aviez? On pourrait en discuter à la prochaine visite.*

Patiente : *Sûrement. On s'en reparle.*

Closing : négociation d'une Action concrète.

Le closing, dans cet exemple, est le passage partiel à l'Action de recommencer à marcher. La patiente réussira probablement son défi puisque la solution lui est venue d'elle-même. À la prochaine visite, la Confiance sera augmentée par ce succès. Il sera alors temps d'explorer d'autres actions plus élaborées, pour atteindre l'objectif de la perte de poids et d'un sentiment de bien-être accru.

Le cheminement est commencé. Cette stratégie réaliste (petits pas : activité physique quotidienne de 20 minutes) possède toutes les chances de déboucher vers un succès. Encouragée par ce succès partiel et le bien-être accru qui en découlera, la patiente sera plus encline à entreprendre la prochaine étape qui consistera à augmenter la durée et l'intensité de l'activité physique quotidienne.



D^r Jacques Bédard

D^r Jacques Bédard est spécialiste de la médecine interne depuis 1976.

À la fois membre du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et de l'American College of Physicians, il pratique à titre de consultant en médecine interne au centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke, au Québec.

Depuis 2002, il agit également comme professeur titulaire d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke.

En qualité de principal chercheur au centre de recherche de la clinique London, D^r Bédard a participé à plus de 50 essais cliniques multicentriques internationaux, notamment les essais CARE, PRISM PLUS, CHARM, ACTION, SPORTIF V, VALUE, VALIANT, SWORD, PROFILE, RESOLVD, CHARISMA, ARISE, ADONIS, OVERTURE et ILLUMINATE.

Il a également été invité en tant que conférencier à plus de 1500 conférences de formation médicale continue portant sur un très vaste éventail de sujets ayant trait à la santé cardiovasculaire : diabète, hypertension, dyslipidémie, syndrome coronarien stable et instable, insuffisance cardiaque, fibrillation auriculaire, maladie vasculaire périphérique, étourdissements et syncope. Il est également reconnu pour son travail de mentorat visant la modification efficace des habitudes de vie.

D^r Bédard a reçu le prix Osler en 2002, accordé par la Société canadienne de médecine interne, visant à souligner son apport et son travail lors des activités de formation médicale continue, autant à l'échelle nationale qu'internationale.

Jacques Bédard, MD, CSPQ, FRCP(C), FACP
Médecine interne
Professeur titulaire d'enseignement clinique
Université de Sherbrooke, Québec, Canada

courriel : jbedardmd@videotron.ca