

## Outils

L'entretien motivationnel est un outil et une étape majeure dans le processus d'éducation thérapeutique, à la fois continu et discontinu. Continu et soumis à une triple temporalité : celle de l'évolution de la maladie, celle du patient qui en souffre et celle du médecin impliqué dans la relation de soin ; discontinu au rythme des consultations mais aussi des phases de progression/régression. L'entretien motivationnel s'appuie sur l'authenticité du médecin et son empathie, une même authenticité et un désir de changement de la part du patient. Ses limites sont essentiellement de ne pouvoir explorer la dimension inconsciente des patients en regard du sens et de la jouissance à la maladie pour se fixer sur le concept conscient de la motivation. L'entretien motivationnel ne prend pas en compte le préalable des représentations sociales qui conduisent pour l'essentiel nos conduites, celles du patient et celles du médecin ne pouvant y échapper.

**Abstract: Therapeutic education in the office of general practitioner. Place and limits of motivational interviewing**

*Motivational interviewing is a tool and a major step in the process of therapeutic education. This process is both continuous and discontinuous. Continuous and submitted to a threefold temporality: the disease evolution, the patient suffering from it, and the physician involved in the healthcare relationship; Discontinuous with the rate of consultations, but also with the advance/decline stages. Motivational interviewing relies on the physician's authenticity and his/her empathy, this same authenticity and the desire for change from the patient. Limits consist mainly for not being able to explore the unconscious dimension of the patients pertaining to the meaning and the benefit of the disease, in order to focus on the conscious concept of motivation. Motivational interviewing does not take into account the prerequisite of social representations leading most of our behaviours, the patient's and the physician's who are unable to escape them.*

*Key words: General Practice; Motivational Interviewing; Patient Education as Topic*

**Philippe Cornet**  
**Jean-Louis Guy**  
**Nicolas Hommey**  
 Université Paris VI,  
 Faculté de Médecine  
 Pierre et Marie Curie,  
 Département  
 de médecine générale  
 cornetphilippe  
 @hotmail.com

**Mots clés :**  
 éducation du patient  
 comme sujet ;  
 entretien  
 motivationnel ;  
 médecine générale

# Éducation thérapeutique au cabinet du médecin généraliste

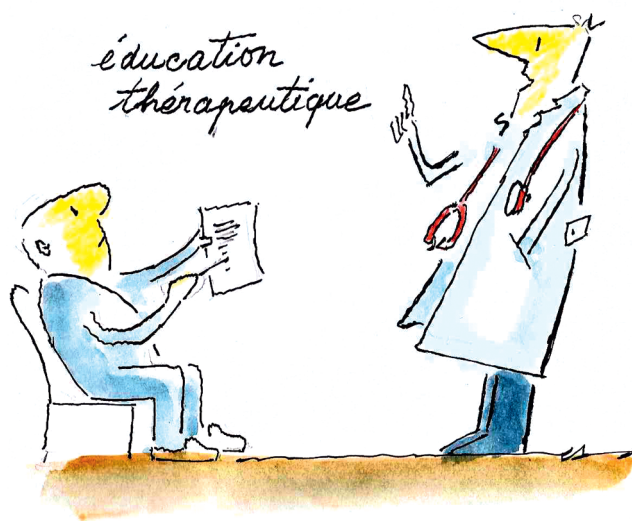
## Place et limites de l'entretien motivationnel

### Le processus d'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique est une démarche *continue* soumise à une triple temporalité : celle de l'évolution de la maladie, celle du patient qui en souffre et celle du médecin impliqué dans la relation de soin. La cinétique de la démarche est soumise aux accélérations et aux

freins de ces trois composantes. Elle se donne pour objectifs l'acquisition de compétences pour le patient<sup>1</sup>, compétences qui se développent à partir des connaissances initiales contingentes à la maladie vers l'auto-observation avec parfois la mise en jeu d'habiletés techniques, la prise de décision adaptée devant

1. L'acquisition de compétences par le patient n'exclut pas les compétences spécifiques que le médecin devra développer dans l'aide qu'il lui apporte pour les acquérir...



une situation particulière, le changement de comportement dans une perspective de prévention. Le processus suppose aussi de la part du patient l'élaboration d'une alliance avec le médecin dans un contexte de décision partagée, l'adaptation et les ajustements en fonction des caractéristiques de la situation, la formation et l'éducation de l'entourage et l'aptitude à réévaluer les enjeux et les modalités d'intervention. Le tout tend vers une position de *patient expert* de sa maladie [1]. L'éducation thérapeutique est aussi *discontinue* au rythme des consultations entre lesquelles, livré à lui-même, le patient s'autonomise, mais passe aussi par des phases d'évolution/régression.

## Entretien motivationnel : un moment clé dans le processus d'éducation thérapeutique

L'entretien motivationnel s'insère dans le processus plus global qu'est l'éducation thérapeutique. Il en constitue un outil et une étape ; outil puisqu'il obéit à des règles et à ce titre relève de techniques ; étape puisqu'il n'est qu'un élément dynamique et constitutif d'un ensemble plus large qui conduit à l'expertise du patient pour la maladie dont il souffre. Il se situe en aval du diagnostic éducatif, véritable inventaire de la situation clinique, des connaissances, d'analyse des comportements de santé, et en amont d'un contrat sur des objectifs communs. La maladie est un fait social en ce sens qu'elle est le produit d'une représentation collective qui la nomme comme pathologique. Selon Herzlich, « *la maladie doit se concevoir comme un événement qui se produit dans un contexte social et qui reflète, les liens de l'individu et de son entourage* » [2]. Cette reconnaissance sociale de la maladie n'est pas sans retentissement quant au comportement attendu de *l'individu* devenu *le malade*. La société qui l'héberge et tout particulièrement les soignants attendent de la part du sujet malade un comportement préétabli conforme à des règles normatives adaptées à son nouveau statut social et à son rôle, qui selon Mannoni, sont des notions centrales en

psycho-sociologie, et participent fortement à la régulation des comportements interpersonnels [3]. L'analyse des représentations et ses avatars tels que les préjugés, les croyances, jusqu'aux superstitions, est un préalable à l'entretien motivationnel. On comprend que l'effort ne sera pas seulement celui du patient mais intéressera tout autant le médecin impliqué en tant qu'être social et sujet de ses propres représentations. La phénoménologie nous a appris qu'un observateur (ici le médecin) est pris dans sa totalité dans la scène qu'il observe (le patient et la maladie) : il ne peut exister de neutralité quel que soit le désir du médecin d'y accéder. Les enjeux de l'entretien motivationnel relèvent d'une maïeutique qui permet l'expression et l'analyse de l'ambivalence au changement d'un patient face à sa maladie. Le temps que le médecin y consacre peut se séquencer du fait de la contrainte de son exercice, ce qui par ailleurs peut profiter à la maturation du projet de changement. La temporalité discontinue est exploitable par le couple médecin-patient pour tendre vers les objectifs communs. La technique de l'entretien motivationnel développée par Rollnick et Miller éclaire par des questions ouvertes les freins et les attentes d'une personne en regard au changement [4]. Il quitte délibérément ce qui relève de la persuasion, quelle que soit la justesse des arguments qui pourraient être avancés, au seul profit de l'expression qui caractérise les pensées contradictoires du patients : « *quels sont les motifs qui me poussent à changer et ceux à ne pas le faire ou à le différer ?* » Cette dynamique relationnelle constructive procède d'une démarche par essence subjective en ce sens que selon Jodelet, « *les comportements des sujets ou des groupes ne sont pas déterminés par les caractéristiques objectives de la situation mais par la représentation de cette situation* » [5]. Les conditions de la réussite de l'entretien motivationnel dépendent de l'authenticité du médecin quant à l'empathie qu'il éprouve pour le patient, la confiance qu'il met en l'autre et l'affranchissement de tout jugement. Cela se complète pour le médecin de renoncer à manipuler le discours du patient dans le but unique de le faire adhérer à ses propres convictions, et met en jeu sa capacité à renforcer le sentiment d'efficacité du patient quant à la poursuite de ses actions.

## Techniques discursives dans l'entretien motivationnel

L'entretien se structure autour du discours du patient. L'expression de l'ambivalence au changement permet d'éclairer point par point la motivation ou les résistances. Le médecin est facilitateur par une écoute active en faisant écho aux propos tenus par le patient. Dupont identifie trois types d'échos [6] : l'*écho simple* qui est une reformulation qui a pour double intérêt de renforcer le propos et d'assurer le patient que le thérapeute l'a bien entendu ; l'*écho amplifié* qui procède de l'exagération du discours, une sorte de mise en caractère gras sans ironie ; enfin le *double écho* avec reformulation suivie du rappel d'un propos contradictoire. Ce rapprochement par un effet de contraste illustre au mieux l'ambivalence du patient. Outre l'écoute réflexive, le travail de l'entretien aborde le délicat problème de la résistance. La psychanalyse nous apporte

un éclairage particulier de la résistance comme le résultat de conflits psychiques inconscients refoulés favorisant les défenses. Rollnick et Miller la conçoivent comme un dysfonctionnement de la relation interpersonnelle par la posture inadéquate de l'intervenant, ici le médecin [4]. En conséquence l'identification de ce mécanisme renforçateur de la résistance permettrait de changer le style de l'entretien et réduire l'effet de la résistance. La résistance du patient trouverait partiellement ses racines par des éléments exogènes alors que la psychanalyse lui attribue une origine exclusivement endogène.

L'entretien a bénéficié à être résumé brièvement en reformulant les points abordés, qu'ils procèdent des hésitations, des renoncements ou des bénéfices attendus, des représentations projectives. Il peut être repris et développé au cours de plusieurs consultations : il n'y a pas d'obstacle à focaliser tel ou tel aspect d'un entretien précédent et de cheminer de conserve vers les objectifs prédéfinis voire de nouveaux s'il y a lieu.

## Limites de l'entretien motivationnel

### Elles sont collectives

Les représentations sociales favorisent des comportements sur le mode de la prescription ou de la proscription, ce conformisme favorise l'individu à adopter les représentations collectives aux dépens de ses propres perceptions. Cet ancrage peut être source d'immobilisme et de dépendance normative. L'entretien intersubjectif ne s'exclut pas du contexte social (familial, professionnel et communautaire) dans lequel le patient vit. Cette influence extérieure est inaccessible directement par le médecin qui n'en capte que le reflet chez le patient et ne peut en mesurer aisément la profondeur.

La notion de maladie est hétérogène selon les individus, mais on peut distinguer deux types de représentations [2] : soit la maladie est exogène, résultat d'une agression extérieure venue menacer et faire faillir l'état de bonne santé reçu originellement, la possibilité de s'y opposer est intacte ; soit elle subvertit la santé par une cause endogène parfois attachée à la notion de faute. Elle est alors perçue comme état expiatoire et devient presque inaccessible à la notion de changement. La résistance évoquée précédemment joue à plein son rôle de renforcement de la notion de destin (*fatum*). Il n'y a plus de place à la motivation puisqu'elle s'opposerait au processus fataliste et fautif. Le démontage de la chaîne cognitive et émotionnelle qui met en évidence cercles vicieux, pensées dysfonctionnelles, émotions inappropriées, se trouve subverti par l'inconscient du patient.

Le statut social de malade pose les termes d'un contrat : la société permet au malade de s'affranchir des règles communes en lui garantissant en sus des « avantages » – de soins,

d'invalidité, d'arrêt du travail – en contrepartie desquels le patient accepte les conditions dictées par la communauté, limitant de fait la mise en jeu de son libre arbitre. Les conditions d'attribution de l'exonération du ticket modérateur dans le cadre de l'ALD en sont une illustration : le patient a des devoirs de soins dans un cadre réglementé comme une redevance morale aux efforts consentis par la société ; efforts auxquels le patient participe en qualité d'assuré social, il est à la fois contributeur et bénéficiaire. Il y a posture d'assujettissement de son autonomie, le changement de comportement loin de l'exclure de la norme et d'exprimer sa singularité l'y conduit. C'est le cas du fumeur qui cesse de fumer, la représentation aujourd'hui péjorative du fumeur l'invite à rejoindre les non-fumeurs.

### Elles sont aussi individuelles

Outre la dépendance du patient à la sévérité de sa maladie, son niveau d'éducation et son vieillissement, elles sont à chercher du côté de l'inconscient. La résistance comme effet de la posture inadéquate de l'intervenant n'est pas une évidence. La maladie est source de *jouissance* [7] y compris dans sa dimension régressive. Il s'agit pour le sujet d'en récupérer quelques bénéfices secondaires qui permettent une réorganisation des relations dans les systèmes familiaux, professionnels et sociaux. Par ailleurs il convient d'aborder la question du sens de la maladie. Il peut naître de l'idée de la faute assumée ou refusée : « *qu'est-ce que j'ai fait pour avoir ça ?* », ou bien de s'inscrire dans la lignée familiale : « *J'ai vu mon père souffrir de cette maladie !* », le discours du patient fait appel aux signifiants de la maladie dont il souffre, bien en amont de la notion de motivation. Ce lien signifiant est le plus souvent insu au patient, le sujet organise une symétrie dans sa souffrance et crée, à son corps défendant, une « jouissance spécifique ».

## Conclusion

L'entretien motivationnel est une étape essentielle dans le processus d'éducation thérapeutique. Il s'appuie sur l'authenticité du médecin à favoriser l'expression du patient et à cheminer à ses côtés dans la relation d'aide. Il peut-être repris chaque fois que nécessaire. Il permet au patient de tendre vers une expertise de sa maladie. Ses limites sont essentiellement de ne pouvoir explorer la dimension inconsciente des patients en regard du sens et de la jouissance à la maladie pour se fixer sur le concept conscient de la motivation. L'entretien motivationnel ne prend pas en compte le préalable des représentations sociales qui conduisent pour l'essentiel nos conduites, celles du patient et celles du médecin ne pouvant y échapper.

*Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts en rapport avec l'article.*

### Références :

1. Tattersall R. The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease, Management for the 21<sup>st</sup> Century. Clin Med JRCPL. 2002;2:227-9.
2. Herzlich C. Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale. Paris: École Pratique des Hautes Études et Mouton; 1969.
3. Mannoni P. Les représentations sociales. Paris: PUF; 2010.
4. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement. Paris: InterÉditions; 2006.
5. Jodelet D. Folie et représentation sociales. Paris: PUF; 1989.
6. Dupont P. Motivation, entretien motivationnel. In: Éducation thérapeutique, prévention et maladies chroniques. Paris: Masson; 2007 (pp. 120-9).
7. Lacan J. Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien. Paris: Seuil; 1966.