

Trois approches de communication médecin-patient et prévention: quel modèle pour quelle situation?

Dre INES HABFAST-ROBERTSON^a, Dre CHRISTINA HEMPEL-BRUDER^a, Dre MARIE-ANNE DURAND^{a,b,c}, DIANE MORIN^d, SUZETTE REMILLARD^d, Dr DAVID NANCHEN^e, Pr JEAN-BERNARD DAEPPEN^f, Pr IVAN BERLIN^{a,g} et Dr KEVIN SELBY^a

Rev Med Suisse 2021; 17: 1934-8

Les médecins apprennent différentes approches de communication utilisées lors des consultations de prévention afin de promouvoir des comportements sains, créer un partenariat avec le patient et favoriser son autonomie. Trois des approches les plus courantes sont: la décision partagée lorsqu'il y a plus d'un choix raisonnable, l'entretien motivationnel pour le changement de comportement et l'éducation thérapeutique, une approche pédagogique visant le développement de compétence des patients pour une gestion optimale des maladies chroniques. Nous présentons ici une vision d'ensemble des similarités et des différences entre ces approches, car, souvent considérées en silos, elles sont néanmoins complémentaires et, en pratique, utiliser des éléments tirés des trois durant une consultation pourrait améliorer la prise en charge.

Three approaches to doctor-patient communication and prevention: Which model for which situation?

Doctors learn different communication approaches for use during prevention consultations to promote healthy habits, so as to set up a partnership and to promote patient autonomy. Three of these approaches are shared decision making, when there is more than one reasonable choice, motivational interviewing, principally for behaviour change and therapeutic education, a pedagogical approach helping patients develop skills so that they may have a better management of their chronic illness. This article presents an overview of the commonalities and the differences between these approaches, often considered separately, nevertheless they are complementary and in practice, using elements of all three during a consultation could improve preventative care.

INTRODUCTION

Les médecins apprennent différentes approches de communication pour améliorer la santé de leurs patients, dont font

partie la décision partagée (DP), l'entretien motivationnel (EM) et l'éducation thérapeutique. Souvent, ces approches sont enseignées séparément dans le contexte d'une pathologie spécifique, sans considération de leur interdépendance. Par exemple, les problèmes d'addictions sont généralement du domaine de l'EM, alors qu'une DP concernant le choix de traitement a également sa place. Ou encore la prise en charge du diabète et l'éducation thérapeutique sont inexorablement liées, même si l'EM joue un rôle clé dans le changement des comportements. Toutes ces approches sont centrées sur le patient avec l'idée de renforcer son autonomie et son adhérence thérapeutique. Dans cet article, nous précisons le concept de chaque approche et employons des schémas illustrant leur utilisation en médecine générale. Nous proposons ensuite un schéma qui regroupe ces trois approches afin de clarifier leur place en prévention, et comment elles peuvent servir à différents moments avec le même patient.

CONCEPTS DE BASE

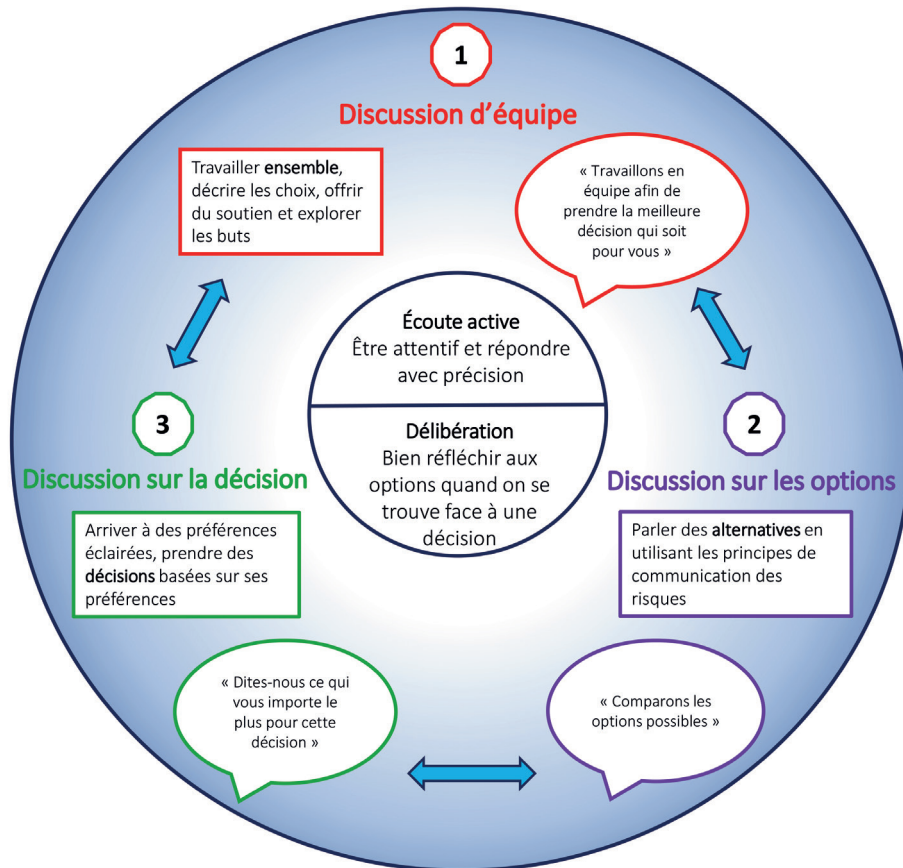
Décision partagée (DP)

La DP est une approche par laquelle les cliniciens expliquent aux patients les données probantes concernant une pathologie ou un traitement particulier et où les patients partagent leurs expériences, priorités et valeurs afin de parvenir ensemble à des préférences informées et une décision éclairée.¹ Elle part du principe que l'autodétermination de l'individu est désirable, ainsi que le besoin de soutenir son autonomie en établissant de bonnes relations qui respectent les compétences du patient.¹ En effet, beaucoup de traitements ou de tests de dépistage n'ont pas d'unique meilleur choix. Ce type de décisions devrait donc être sujet aux préférences du patient, et il y a un équilibre à trouver entre les bénéfices et les inconvénients connus.²

La **figure 1** présente la DP comme une discussion en 3 phases et démontre le processus de collaboration et de délibération. Même si chaque étape est numérotée, le procédé est dynamique et fluide. La «discussion d'équipe» met le focus sur le besoin de soutenir son patient quand celui-ci est informé de la nécessité de prendre une décision et d'explorer ses objectifs. La «discussion sur les options» fait référence au besoin de comparer les alternatives en utilisant les principes de communication des risques. La «discussion sur la décision» fait référence à la tâche d'arriver à une décision qui est le reflet des préférences éclairées du patient.³

^aDépartement formation, recherche et innovation, Unisanté, 1010 Lausanne,

^bThe Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice, Dartmouth College, 1 Medical Center Dr, Lebanon, NH 03766, États-Unis, ^cCERPOP, Université de Toulouse, Inserm, Université Toulouse III – Paul-Sabatier, 118 route de Narbonne, 31062 Toulouse, France, ^dInfirmières spécialisées en éducation thérapeutique du patient, CHUV, 1011 Lausanne, ^eDépartement promotion de la santé et préventions, Unisanté, 1010 Lausanne, ^fService de médecine des addictions, CHUV, 1011 Lausanne, ^gDépartement de pharmacologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, 47-83 boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France
ines.habfast@unisanté.ch | christina.bruder@unisanté.ch
marie-anne.durand@dartmouth.edu | diane.morin@chuv.ch
suzette.remillard@chuv.ch | david.nanchen@unisanté.ch
jean-bernard.daeppen@chuv.ch | ivan.berlin@aphp.fr
kevin.selby@unisanté.ch

FIG 1 **Modèle de discussion en 3 phases pour pratiquer la décision partagée**

(Traduite et adaptée de réf. 3).

Entretien motivationnel (EM)

William Miller et Stephen Rollnick (1991) ont défini l'EM comme une « méthode de communication directive centrée sur le client visant à l'augmentation de la motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de l'ambivalence ». ⁴ L'EM a donc pour but d'explorer et de résoudre l'ambivalence des patients face au changement, en partant du constat que la manière dont le sujet du changement est abordé influence la volonté d'une personne d'en parler et de changer. L'ambivalence, centrale à l'EM, n'est pas comprise comme une réticence à changer de comportement, mais comme un conflit psychologique survenant dans le choix entre deux actions contraires, en l'occurrence changer ou ne pas changer. ⁵ L'idée est donc de donner la possibilité au patient, et non au thérapeute, de nommer lui-même les avantages et les inconvénients d'un changement de comportement et de lui attribuer la responsabilité de ce changement. ⁵

L'EM est souvent enseigné en intégrant les stades du changement selon Prochaska et DiClemente, illustré dans la **figure 2** en combinaison avec les 4 outils de l'EM.

Éducation thérapeutique du patient (ETP)

D'après l'OMS, l'ETP est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage

et d'accompagnement psychosocial du patient. Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et les traitements, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. ⁶

L'ETP est une approche pédagogique utilisée de manière prédominante dans les maladies chroniques. Apprendre et changer ne peuvent se résumer à la dimension cognitive: il ne suffit pas d'expliquer pour que la personne apprenne et change de comportement. ⁷ En pratique, l'ETP est systémique et nécessite des interventions dans au moins 5 dimensions de la personne: cognitive, émotionnelle-affective, perceptive, infracognitive et métacognitive. Le rôle du soignant en ETP est d'inciter le patient à s'intéresser à sa maladie et à sa personne. ⁷

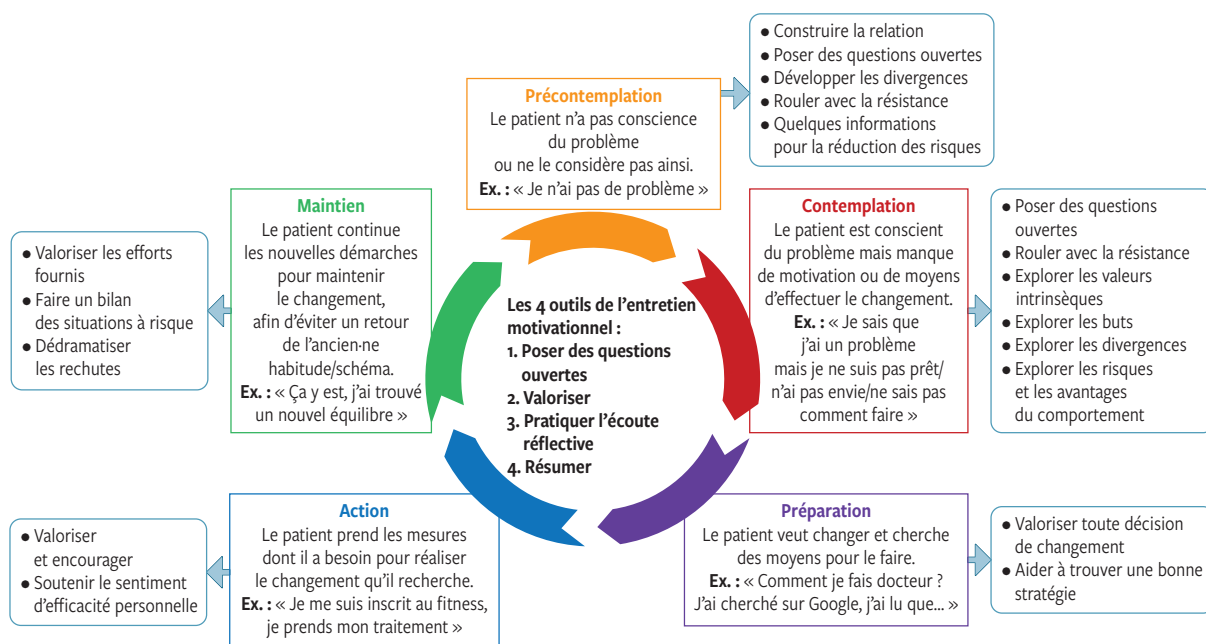
L'ETP consiste à permettre au patient d'acquérir de nombreuses connaissances et compétences, ainsi que d'adapter certains comportements, ceci pouvant l'aider à améliorer certains indicateurs de santé, sa qualité de vie et de diminuer d'éventuelles complications médicales. La **figure 3** démontre l'ETP en pratique avec la démarche en 4 étapes.

DISCUSSION

À travers la **figure 4**, nous tentons de démontrer une vision d'ensemble de ces 3 approches avec leurs points communs et

FIG 2 Les stades de changement combinés aux outils de l'entretien motivationnel⁹⁻¹¹

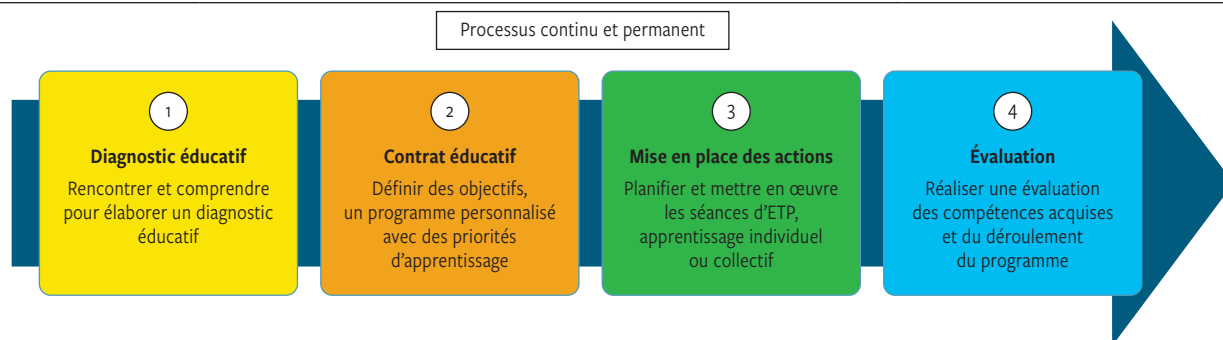
À noter que le stade de la rechute n'a pas été inclus pour simplifier le schéma.



(Adaptée de réf. 10).

FIG 3 La démarche de l'éducation thérapeutique se planifie en 4 étapes^{12,13}

ETP : éducation thérapeutique du patient.



leurs différences. Le respect de la personne, l'écoute active, l'empathie, l'autonomisation, la recherche des valeurs, des buts du patient sont des points essentiels pour chacune de ces 3 approches, raison pour laquelle ils sont au centre de la figure. De plus, au centre nous avons la mise en place d'un partenariat entre 2 experts qui apportent des compétences distinctes: le patient qui connaît son vécu, ses valeurs et ses préférences d'une part, et le médecin qui amène ses connaissances basées sur les preuves et son expérience clinique d'autre part. Un dernier point commun est l'utilisation du temps: plusieurs consultations sont souvent nécessaires pour mener à bien les approches.

La différence principale entre les approches est l'objectif final et la séquence d'étapes pour atteindre celui-ci. Le but de l'EM est d'explorer et résoudre l'ambivalence des patients face au changement. Celui de l'ETP est l'acquisition et le maintien

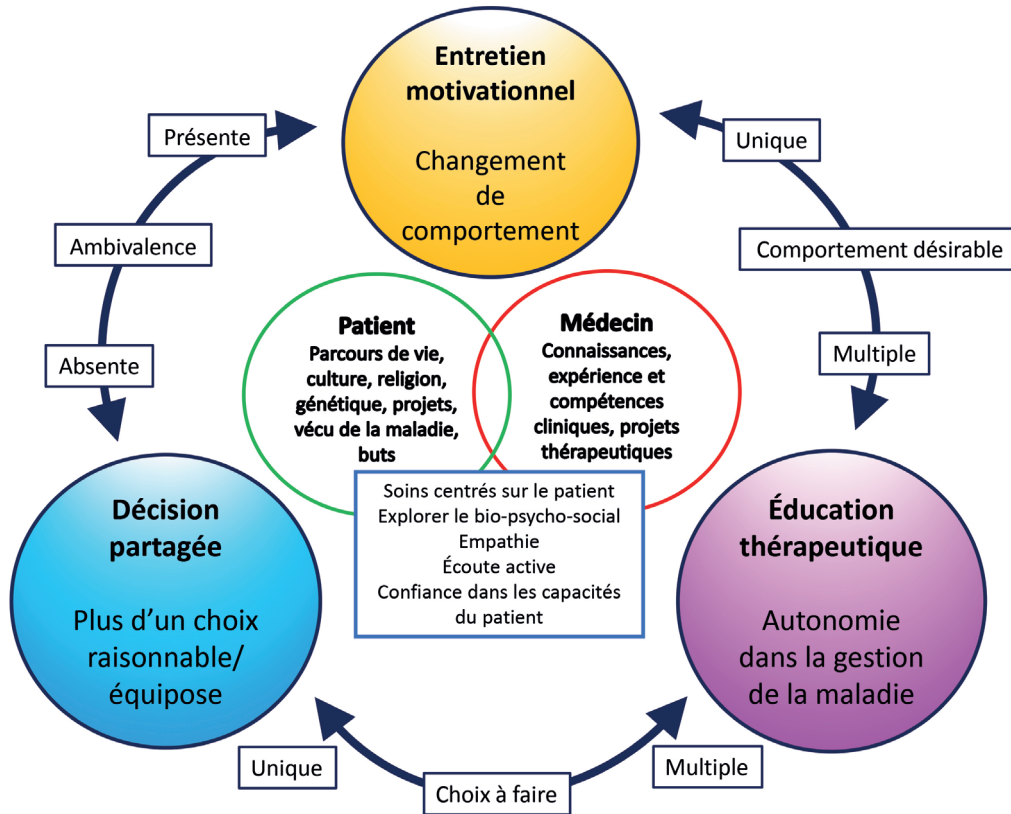
par le patient de compétences d'autosoin et d'adaptation dans le contexte de la maladie chronique. Enfin, celui de la DP est d'aider le patient à faire un choix thérapeutique informé et adapté à ses besoins et désirs.

En pratique clinique, il est souvent plus utile d'employer un mélange de 2 ou parfois (mais plus rarement) 3 approches. Par exemple, face à un patient hésitant à se faire vacciner, on peut comparer le choix de se vacciner ou non en utilisant les principes de la DP, tout en explorant le pourquoi de l'inaction du patient, plus typique de l'EM. Ou encore, quand il y a plusieurs comportements désirables associés à une maladie chronique, il peut être utile de commencer par un diagnostic éducatif (ETP) avant d'explorer l'ambivalence (EM).

La vignette clinique ci-après illustre les concepts développés ci-dessus.

FIG 4 Proposition d'une vision d'ensemble

Ce schéma intègre les trois approches de communication en prévention. Le centre représente le contexte commun, la rencontre de deux experts (le patient et le médecin) avec des agendas distincts. Les flèches démontrent quelle approche choisir en fonction des situations.



VIGNETTE CLINIQUE

Vous rencontrez une patiente de 65 ans, connue pour un syndrome métabolique avec hypertension, prédiabète et obésité de classe I. Elle vient vous voir pour un check-up, se disant qu'il serait temps qu'elle fasse attention à sa santé. Mariée et récemment à la retraite, elle s'occupe souvent de ses 2 petits-enfants. Lors du bilan sanguin, vous notez une hypercholestérolémie et calculez un score GSLA qui démontre un risque intermédiaire de développer un événement coronarien (mortel ou non) à 10 ans.

Éducation thérapeutique

Dans un premier temps, vous décidez d'aborder le sujet du syndrome métabolique. Vous expliquez à la patiente ce qu'est l'ETP et vous lui donnez votre point de vue sur les bénéfices que pourraient lui apporter des séances d'ETP. La patiente donne son accord, elle se sent prête à s'impliquer dans cette démarche, vous l'invitez donc à parler d'elle. Qui est-elle? Qui compose sa famille? Quel est son projet de retraite? Puis, que comprend-elle du syndrome métabolique? Que sait-elle des différents facteurs de risque cardiovasculaire, et quel est celui qui l'inquiète le plus? Comment aimerait-elle voir les choses évoluer?

Après cette exploration, et possiblement lors d'une prochaine rencontre, vous présentez à la patiente les différents constats

(problèmes et ressources). Par exemple, qu'elle présente un manque de connaissance sur la résistance à l'insuline et que son alimentation est déséquilibrée. Les ressources identifiées seraient par exemple: du temps pour elle et une volonté de changer. Pour réaliser le plan éducatif, les objectifs d'apprentissage sont listés et négociés comme la transmission d'informations par rapport à l'insuline, un bilan diététique, un programme d'exercice. Vous vérifiez que la proposition d'apprentissage lui convient. La priorisation par la patiente permet d'amorcer la discussion au sujet du syndrome métabolique dans une posture de partenariat. Le nombre de séances varie selon les connaissances de la patiente et les compétences à développer. L'évaluation des connaissances et compétences peut se faire sous forme d'autoévaluation, avec des questionnaires.

Entretien motivationnel

Durant son suivi, vous abordez le sujet de l'activité physique. La patiente accepte d'en parler, mais montre beaucoup de réticence, disant qu'elle n'a pas fait de sport depuis des années. Vous prenez le temps d'explorer tous les freins: le manque de temps, l'image de soi, mais aussi les motivateurs: période avant l'été pour se remettre en forme, finalement prendre du temps pour soi. Vous établissez avec la patiente des objectifs qui sont atteignables, progressifs et à long terme. Vous valorisez les efforts et les démarches mises en place. Vous

dédramatisez le manque d'action ou les éventuelles rechutes dans l'inactivité.

Décision partagée

Vous entamez également la discussion sur les statines en prévention primaire, vous présentez à la patiente le choix de prendre ou pas un médicament au quotidien, en expliquant le bénéfice de diminuer son risque cardiovasculaire et la possibilité d'effets indésirables, en n'oubliant pas l'importance des conseils diététiques ainsi que la perte de poids.

À travers cette vignette clinique, présentée dans le contexte d'une consultation de médecine générale, il est important de comprendre qu'il y a des situations typiques où chaque approche peut être spécifiquement utilisée, mais également qu'une situation clinique peut nécessiter l'utilisation de plusieurs approches en séquence, tout en sachant qu'aucune d'elles n'est forcément prioritaire.

CONCLUSION

Chaque approche a ses avantages et ses limitations. Cet article n'a pas la prétention de proposer une analyse approfondie et exhaustive de chacune d'entre elles. Nous nous efforçons simplement de faire le rapprochement entre les trois, car elles sont, selon notre expérience, souvent utilisées ensemble, au moins de manière superficielle, lors d'une consultation de médecine générale.

L'EM, la DP et l'ETP ne sont pas mutuellement exclusifs, mais entrent plutôt dans une gamme d'approches à utiliser pour aider nos patients à faire des choix plus adaptés à leurs besoins et leur santé. Le choix et l'utilisation vont dépendre de plusieurs facteurs: la situation globale du patient, ses

comorbidités et ses désirs, le contexte de la consultation (urgence, consultation ambulatoire, spécialiste) et les options thérapeutiques disponibles selon la pathologie. Une impasse dans le discours ou l'évolution du patient peut être vue comme une opportunité pour découvrir plus, sachant qu'on dispose des approches pour nous aider.

Finalement, «la prise de conscience d'être à un carrefour des soins, de disposer de temps récurrent, d'une alliance thérapeutique exceptionnelle, d'un accès privilégié à la vie des patients, à leurs familles et à leurs aidants est une étape indispensable».⁸

Conflit d'intérêts: Marie-Anne Durand a développé l'outil d'aide à la décision Option Grid, qui est sous licence auprès de la compagnie EBSCO Health. Elle est consultante pour EBSCO Health.

Les autres auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La décision partagée, l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique ont jusqu'à présent souvent été considérés en silos
- Les 3 approches de communication se basent sur un fondement commun: l'écoute active, l'empathie, favoriser l'autonomie du patient et la rencontre de 2 experts
- Les approches ne sont pas mutuellement exclusives; une vision globale des 3 permet d'utiliser l'approche la plus adéquate à une situation donnée
- Mais une utilisation en séquence des différentes approches est aussi possible, cela afin d'améliorer la prise en charge de nos patients en les aidant à faire des choix plus adaptés à leurs besoins et leur santé

1 *Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared Decision Making: a Model for Clinical Practice. J Gen Intern Med 2012;27:1361-7.

2 Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision Aids for People Facing Health Treatment or Screening Decisions. Cochrane Database Syst Rev 2017.

3 **Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A Three-Talk Model for Shared Decision Making: Multistage Consultation Process. BMJ 2017;359.

4 Lécalier D, Michaud P. L'entretien motivationnel. Alcoologie et addictologie 2004;26:129-34.

5 *Berdoz D, Conus KM, Daeppen JB. «Combien de fois il faut que je vous

dise...». Quelques pistes données par l'entretien motivationnel. Rev Med Suisse 2005;1:2453-6.

6 OMS, Bureau régional pour l'Europe. Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS 1998.

7 *Lagger G, Giordan A, Chambouleyron M, Lasserre-Moutet A, Golay A. Éducation thérapeutique, 2e partie: mise en pratique des modèles en 5 dimensions. Médecine 2008;4:269-73.

8 Sittarame F. Comment pratiquer l'éducation thérapeutique? Rev Med

Suisse 2017;13:235-6.

9 **Gache P, Fortini C, Meynard A, Meylan MR, Sommer J. L'entretien motivationnel: quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. Rev Med Suisse 2006;2:2154-62.

10 Dispositif d'information et de coordination en addictologie des Bouches-du-Rhône. Le cercle de Prochaska et Di Clemente [En ligne]. No date [cited 2021 Jul. 14]. Disponible sur: www.dicadd13.fr/images/fichesdicadd/prochaska.pdf.

11 Roddick G. Motivational Interviewing (MI) [En ligne]. [Cited 2021 Jul. 13]. Disponible sur: www.roddickcbt.com/

motivational-interviewing.

12 *Recommandations HAS. Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser? 2007.

13 Équipe UTEP du centre hospitalier Charles-Perrens Bordeaux. Éducation thérapeutique du patient (ETP) [En ligne]. [Cited 2021 Jul. 13]. Disponible sur: www.ch-perrens.fr/offre-de-soins/education-therapeutique-du-patient-etp.

* à lire

** à lire absolument