

Motiver sans manipuler

Alain Golay

Disponible sur internet le :
8 juillet 2021

Université de Genève, hôpitaux universitaires de Genève, centre collaborateur de l'OMS, département de médecine, service d'endocrinologie, diabétologie, nutrition et éducation thérapeutique du patient, Genève, Suisse

alain.golay@hcuge.ch

Mots clés

Motivation
Manipulation
Obstacles
Mensonges
Temps

■ Résumé

Comment susciter la motivation sans manipuler ? Il est important de préparer le patient avant de lui suggérer de « passer » à l'action. Rechercher avec le patient les obstacles possibles lui permettant de renforcer le bénéfice à changer. En décidant lui-même, il sera motivé et il n'y aura pas de manipulation possible ! Pourquoi les patients nous font-ils croire qu'ils prennent leurs traitements ? Deux sortes de mensonges peuvent apparaître, « ne pas tout dire et dire des choses fausses ». Il faudrait dire la vérité au patient au moment opportun et co-construire avec lui sa vérité. Donnons du temps « kairos » au temps « chronos ».

Keywords

Motivation
Manipulation
Obstacles
Lies
Time

■ Summary

Motivate without manipulating

How to motivate without manipulating? It is important to prepare the patient before suggesting he take action. Investigate with the patient the possible obstacles allowing him to strengthen the benefit to change. By deciding himself, he will be motivated and there will be no possibility of manipulation. Why do patients make us believe that they take their treatments? Two kinds of lies may appear: "not telling everything and saying false things". It is necessary to tell the truth to the patient at the appropriate moment and co-construct with him his own truth. Let's give "kairos" time to "chronos" time.

Pourquoi nos patients sont-ils si peu motivés ? [1]

Tout d'abord, il faudrait se poser la question : « quand et comment susciter la motivation ? ». En clinique, un patient qui nous dit « oui mais » est très suspect d'avoir une résistance et une ambivalence. En premier lieu, on devrait examiner avec le patient sa décision : « Qu'est-ce que vous voulez vraiment changer ? De quoi avez-vous envie ? » En commençant par ces questions, nous recherchons les fondements du changement sur

lequel nous pourrions bâtir une vraie motivation. En connaissant les obstacles possibles, il nous sera possible de motiver selon les désirs du patient sans le manipuler.

Les obstacles aux changements sont multiples (figure 1). Par exemple, recommencer toujours une stratégie de la même façon est voué à l'échec. Le même régime répété ne marchera pas. Croire que le problème est complexe et que la solution le sera aussi bloquera le changement et découragera le patient.

Les obstacles au changement

- Le poids de certaines idées préconçues
- Toujours réessayer de la même façon
- Croire que le problème est complexe et que la solution le sera aussi
- Vouloir éliminer les causes du problème et chercher des ultra-solutions

FIGURE 1

Les obstacles au changement (Golay A, et al. Comment motiver le patient à changer ? 2^e éd. Collection Éducation du Patient, Paris : Maloine ; 2009 [1])

Vouloir éliminer les causes du problème par des « ultra-solutions » pourrait faire penser à une manipulation. On aimerait aider le patient, tout faire pour le soulager, trouver la meilleure solution pour lui.

Comment faire progresser le patient ? [2]

En prenant les stades de changement de comportement de Prochaska et DiClemente [3], nous réalisons combien il est important de préparer le patient avant de lui suggérer de « passer » à l'action. Comment le motiver sans le manipuler ? (figure 2). Tout d'abord, il faudrait explorer ses croyances, ses connaissances, pour l'aider à mieux comprendre. Tout en gardant en tête la singularité du patient et le bon moment présent (kairos). Écouter les conceptions du patient pour le faire évoluer à sa vitesse reste la meilleure option pour le laisser progresser. L'étape suivante (contemplation) réside en l'exploration de l'ambivalence du patient. La balance décisionnelle reste un excellent outil pour aider le patient à se décider à changer. Faites travailler l'ambivalence du patient en examinant, avec lui, les avantages et désavantages à changer.

Lorsque le patient est motivé au changement, il est toutefois opportun de ne pas s'emballer et de négocier des micro-objectifs. Aller de petits pas en petits pas. Plus les objectifs sont petits,

Les stades de changement de comportement

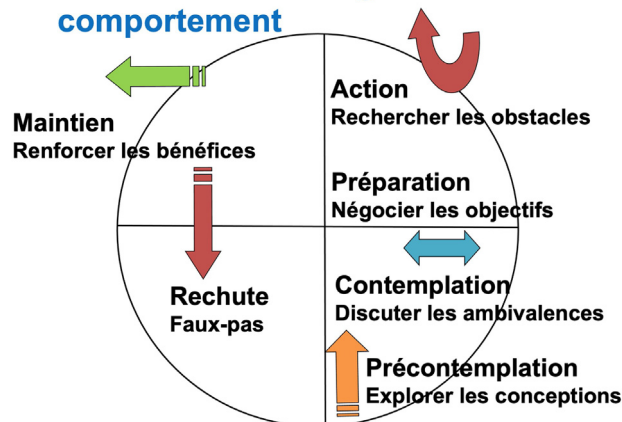


FIGURE 2

Les stades de changement de comportement (adapté de [3]. Prochaska JO et DiClemente CC. *Prog Behav Modif* 1992;28:183-218)

plus le résultat sera probant et assuré. À nouveau, en ralentissant le processus, il n'y aura pas de manipulation. Rechercher avec lui les obstacles possibles, permettra au patient de renforcer les bénéfices à changer. En décidant lui-même, il sera motivé.

Motiver, une affaire d'attitude

Elias H. Porter a défini des attitudes spontanées [4] (figure 3). Étonnamment, elles sont toutes « inadéquates ». Au lieu d'être empathique pour comprendre l'autre, nous cherchons des solutions, voire pire, nous proposons nos propres solutions. Ce n'est pas parce que cela a marché pour un patient donné que cela

Attitudes spontanées « inadéquates »

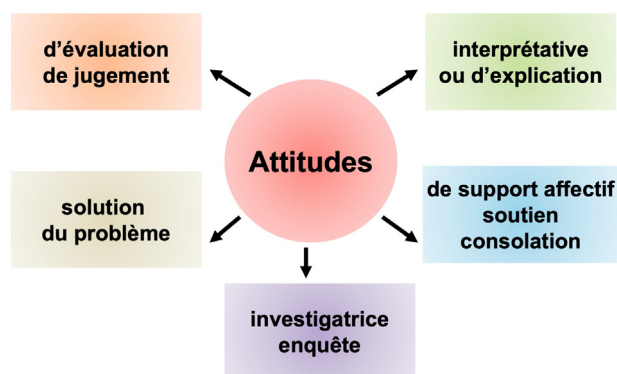


FIGURE 3

Attitudes spontanées « inadéquates » (adapté de [4]. Porter SH. *An introduction to Therapeutic Counseling*. Boston, MA : Houghton Mifflin ; 1950)

Les points essentiels

- Il est important de préparer le patient avant de lui suggérer de « passer » à l'action.
- En décidant lui-même, il sera motivé et il n'y aura pas de manipulation possible !
- Deux sortes de mensonges peuvent apparaître : « ne pas tout dire et dire des choses fausses ».
- Donnons du temps « kairos » au temps « chronos ».

fonctionnera pour un autre. Les soignants, nous sommes des champions de l'interprétation ou de l'explication. « Docteur, j'aimerais un régime pour maigrir rapidement » ; au lieu de reformuler avec empathie, le soignant va donner une explication à la limite de la manipulation : « Madame, je vous conseillerais un *bypass*, c'est beaucoup plus efficace, vous savez les régimes cela ne fonctionne jamais ! ».

Parmi les attitudes spontanées, il y a l'interprétation. Si vous voulez « enrager » quelqu'un, il suffit d'interpréter ce qu'il dit : répondre à côté, être de mauvaise foi.

Interpréter, cela veut aussi dire que vous n'avez pas écouté, que vous avez déformé la parole, la demande. Dans le même ordre d'idées, au lieu d'écouter « activement », vous commencez une enquête d'investigation. De multiples questions à la suite peuvent être mal perçues, comme une enquête policière. Ce type de questionnement va entraîner et favoriser moins d'écoute et des réponses fermées « oui » ou « non ». Une autre attitude spontanée est une attitude de jugement. Cela paraît difficilement concevable, mais il nous arrive de juger : « cher Monsieur, je vous l'avais bien dit d'arrêter de fumer. Vous avez fini par l'attraper votre cancer ! ». Ce type d'attitude rare est particulièrement nocif.

Une attitude centrée sur le patient [5]

Pour commencer, le plus important consiste à avoir un intérêt, une curiosité, pour votre patient (figure 4). Un intérêt ouvert sans préjugés. Ce n'est pas une raison de ne pas croire aux capacités de votre patient « alcoolo-tabagique ». Il est important de rester authentique et chercher à comprendre notre patient. Carl Rogers parle d'effort pour être objectif et il nous conseille

d'éviter la subjectivité. Être subjectif entraîne inmanquablement une interprétation, un jugement, et la communication va se bloquer. Poser des questions « ouvertes » n'entraînera pas de présupposés, de mauvaises interprétations.

Une écoute réflexive [6]

Tout d'abord, l'écoute réflexive est une reformulation (figure 5). Pour le soignant, elle permet de vérifier sa bonne compréhension de ce que nous dit le patient et d'éviter d'interpréter ses propos. En reformulant, on peut obtenir l'accord du patient, se mettre en harmonie avec lui et, surtout, permet de diminuer les résistances. Grâce à l'écoute réflexive active, le patient se sent reconnu, voire entendu. Cette entente va permettre d'approfondir, nuancer et préciser. Dans la perspective de motiver le patient ambivalent, la reformulation induira une réflexion « quels avantages ou désavantages aurais-je à changer de comportement ? ».

Pourquoi les patients nous font-ils croire qu'ils prennent leur traitement ?

Cette question nous amène à réfléchir sur le mensonge dans la relation de soins. Tout d'abord, selon Jankélévitch [7], on ne ment jamais sans le vouloir et, d'après Elodie Lemoine et al., c'est à cause de l'autre que l'on ment [8].

En connaissant la réaction du médecin, le patient va mentir par peur, par culpabilité. À l'inverse, le patient nous incite à mentir, car nous voulons l'épargner. Cette façon d'agir est typique d'une attitude paternaliste. Le médecin veut le protéger, ne pas l'inquiéter, éviter de tout lui dire. En résumé, deux sortes de mensonges surviennent : « ne pas tout dire et dire des choses fausses » [8].

La gravité du mensonge peut être graduée (figure 6) [8]. Tout d'abord, il peut être thérapeutique, bienfaisant sur la base d'une bonne intention. Le mensonge est plus grave lorsqu'il y a une volonté de mentir. Entre la bienfaisance thérapeutique et la faute morale, il faudrait chercher un juste milieu. Selon les anciens de la Rome Antique, le mensonge peut être thérapeutique, mais la vérité, selon Platon [9], a des droits dont il faut tenir compte.

D'après Saint Thomas d'Aquin [10], nous pouvons mentir par humanité, et Boris Cyrulnik [11] pousse la réflexion même plus loin « mentir, c'est respecter l'autre, c'est même une preuve de talent relationnel ! ». Pour convaincre un patient, pourrait-on imaginer de lui mentir par bienveillance thérapeutique ?

L'exemple du partage de la décision médicale [12,13]

Plutôt que de se mentir, pourquoi ne pas informer le patient de notre savoir et partager nos doutes ? (figure 7). Notre expérience de clinicien, associée aux données de la littérature scientifique, devrait se partager avec les priorités des patients pour aboutir à une décision partagée. Ainsi, nous devons inviter le

Entretien centré sur le patient

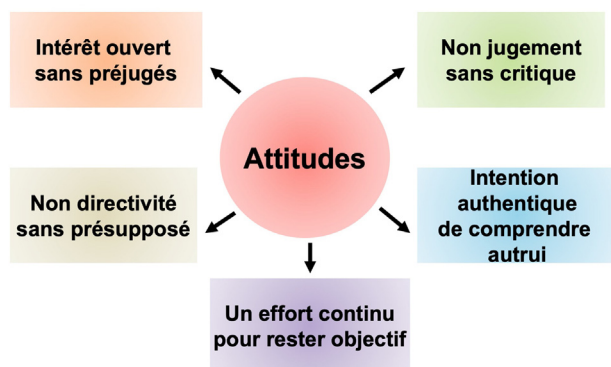


FIGURE 4

Entretien centré sur le patient (adapté de [5]. Rogers CR. In : Freedom AM, Kaplan HI, Sadock BJ (editors). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, MD : Williams & Wilkins ; 1972)

L'écoute réflexive permet au...

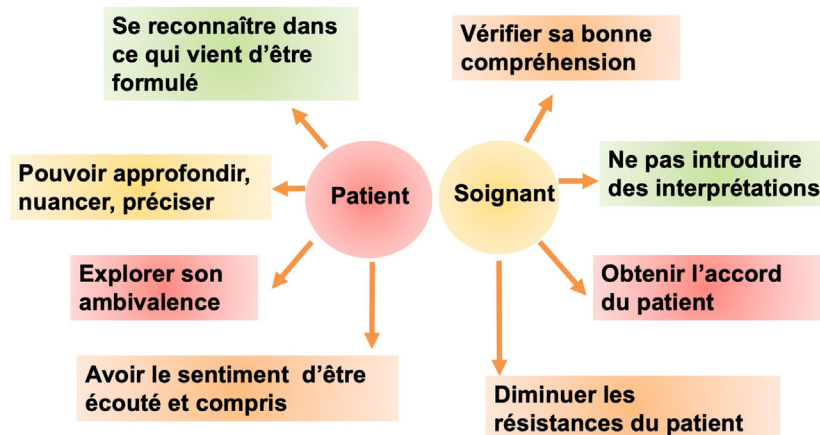


FIGURE 5

L'écoute réflexive permet au... (adapté de [6]. Miller WR & Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*, 2nd edition. New York, NY : Guilford Press ; 2002)

patient à partager notre réflexion. L'informer, lui expliciter les différents traitements possibles. Il faut s'assurer que le patient comprend et l'on pourra lui donner notre préférence. L'importance de cette démarche réside dans le fait que le patient a toujours le dernier mot, c'est lui qui a le pouvoir de décider. Il ne faut pas oublier qu'il est « propriétaire » de son corps. Lorsque le patient abandonne son corps, il s'abandonne un peu lui-même. C'est justement dans les situations extrêmes de type addiction que la perte de contrôle apparaît la plus difficile à négocier avec le patient. Un point important consiste à admettre l'incertitude. En effet, une part importante du savoir scientifique est par nature incertaine, le clinicien doit prendre une décision incertaine et la temporalité incertaine ne peut pas être niée [14]. Malgré l'incertitude, une décision n'est pas arbitraire : elle est

même parfois mûrement réfléchi. Il est nécessaire de distinguer entre savoir scientifique et croyance populaire. Trop de gens ont tendance à confondre aujourd'hui preuves scientifiques et hypothèses suggérées par les médias.

Kairos – le moment opportun à parler [15]

Le point important consiste à choisir le bon moment, de s'assurer du temps propice pour parler (figure 8). Le deuxième conseil réside à distiller l'information en fonction du rythme du patient, de sa volonté de savoir ou pas. En plus, il faut tenir compte de la singularité du patient et s'adapter, non seulement au temps,

Modèle de la décision médicale partagée (shared decision making)

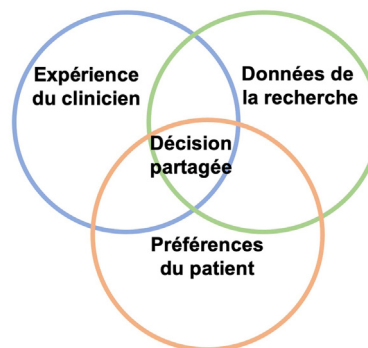


FIGURE 7

Modèle de la décision médicale partagée (shared decision making) (Golay A, et al. *Med Mal Metab* 2019;13:339-43 [12])

La gravité du mensonge

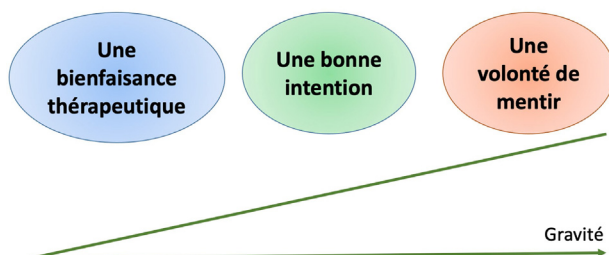


FIGURE 6

La gravité du mensonge (Lemoine E, et al. *Éthique & Santé* 2017;14:151-7. © 2017 Elsevier Masson SAS. [8])

KAIROS – le moment opportun

- **S'assurer du temps propice**
- **Prendre acte de la singularité du patient adapté aux circonstances**
- **Entre le « trop tôt » et le « trop tard »**
- **« Manquer l'occasion une fois, n'est-ce pas la manquer pour toujours ? »**

FIGURE 8

KAIROS – le moment opportun (adapté de [15]. Aristote. *Éthique à Nicomaque*. Jules Tricot (sous la direction de). Paris : Vrin ; 1994 1994)

mais aussi aux circonstances. Il faut se situer entre le « trop tôt » et le « trop tard ». Manquer l'occasion une fois ne serait-ce pas la manquer pour toujours ?

Tout ceci pour aboutir à une réflexion éthique avec, tout d'abord, un respect du patient, une bienveillance, une bienfaisance. En résumé, il faudrait dire la vérité au patient au moment opportun et co-construire sa vérité. Donnons du temps « kairos » au temps « chronos » [8].

L'exemple des Stoïciens

Après avoir institué le changement, les Stoïciens parlent d'agir à partir de sa propre décision. Délibérer avec soi-même pour examiner ses ambivalences est le bon moment. En effet, que peut-on écarter dans sa vie, élaguer pour en rester aux priorités ? Pour démarrer l'action de changement, il faut s'engager avec bienveillance, ce qui est bon pour soi.

Il faut réaliser avec précision et s'entourer, se faire aider pour soutenir le changement. Pour persévérer, il est important de regarder ce qui a déjà été accompli, regarder un peu en arrière : qu'ai-je fait de bien ? Se souvenir, se rappeler la progression, d'où l'on vient. Ces mini-résultats vont motiver le patient sans le manipuler.

Conclusion

Tout d'abord, pour ne pas mentir, ne pas manipuler un patient, il faut lui dire la vérité au moment opportun (kairos). Autrement dit, co-construisons la vérité avec le patient. Plutôt que d'essayer de motiver un patient en le manipulant, il faudrait plutôt repérer sa résistance au changement pour mieux l'accueillir.

Déclaration de liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Golay A, Laguerre G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? 2^e éd. Collection éducation du patient. Paris: Maloine; 2009.
- [2] Golay A, Giordan A. Guide d'éducation thérapeutique du patient : l'école de Genève. Collection éducation du patient. Paris: Maloine; 2016.
- [3] Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* 1992;28:183-218.
- [4] Porter EH. An introduction to therapeutic counseling. Boston, MA: Houghton Mifflin; 1950.
- [5] Rogers CR. Client-centered Psychotherapy. In: Freedom AM, Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1972.
- [6] Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2nd edition, New York, NY: Guilford Press; 2002.
- [7] Jankélévitch V. Philosophie morale. « Du mensonge ». Paris: Flammarion; 1998p. 213-21.
- [8] Lemoine E, Vassal P. Groupe de réflexion éthique de l'espace éthique Rhône-Alpes (GRE). La relation de soin à l'épreuve du mensonge. *Ethique Sante* 2017;14:151-7.
- [9] Platon. *Oeuvres complètes*. In: La république, livres I-III. Collection des universités de France, Série grecque, collection Budé. VI. Paris: Les Belles Lettres; 1932.
- [10] D'Aquin T. *Somme théologique*. 1. Paris: Cerf; 1984p. 966.
- [11] De Solemne M. La sincérité du mensonge – [dialogue avec Boris Cyrulnik, Paul Lombard, André Bercoff, Christian Delorme]. Collection A Vive Voix. Paris: Dervy; 1999.
- [12] Golay A, Hochberg G, Mosnier-Pudar H. La décision médicale partagée. *Med Mal Metab* 2019;13:339-43.
- [13] Stiggeblout AM, Pieterse AH, De Haes JC. Shared decision making: concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns* 2015;98: 1172-9.
- [14] Barruel F, Bioy A. Du soin à la personne : clinique de l'incertitude. Collection Psychothérapies. Paris: Dunod; 2013.
- [15] Aristote. *Éthique à Nicomaque*. Jules Tricot (sous la direction de), traduit du grec par Jules Barthélemy Saint-Hilaire. Paris: Vrin; 1994.