

de ceux retrouvés pour d'autres approches.

- La prise en charge des personnes alcoolodépendantes avec une lourde pathologie psychiatrique reste difficile (6).

MOTS-CLÉS

ENTRETIEN DE MOTIVATION,
ALCOOLODÉPENDANCE,
ABUS D'ALCOOL,
CHANGEMENT

BIBLIOGRAPHIE

1. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing : Preparing people to change addictive behavior*. New York : The Guilford Press, 1991.
2. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing : A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003 ; 71 : 843-61.
3. Lecallier D, Michaud P. L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie* 2004 ; 26 : 129-34.
4. Davis TM, Baer JS, Saxon AJ et al. Brief motivational feedback improves post-incarceration treatment contact among veterans with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence* 2003 ; 69 : 197-203.
5. Lincourt P, Juettel TJ, Bombardier CH. Motivational interviewing in a group setting with mandated clients. A pilot study. *Addictive Behaviors* 2002 ; 27 : 381-91.
6. Hulse GK, Tait RJ. Five-year outcomes of a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Addiction* 2003 ; 98 : 1061-8.

3 MOTIVATION ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Les clés de l'apprentissage du patient

L'éducation thérapeutique occupe une large partie de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (diabète, obésité...) ou souffrant d'addiction (tabac, alcool...). Comme dans tout apprentissage, une des clés de la réussite de l'éducation thérapeutique est de savoir développer et maintenir la motivation du patient.

Jacqueline Iguenane*

Les patients atteints de maladies chroniques dans lesquelles la nutrition occupe une place centrale (diabète, obésité) doivent pouvoir bénéficier de temps d'éducation thérapeutique. Il s'agit d'aider les patients à comprendre leur maladie afin d'acquérir des compétences leur permettant d'agir au mieux face aux situations de santé qu'ils rencontrent. Si nous savons aujourd'hui que le désir d'apprendre, de comprendre, d'en savoir plus, repose sur la motivation, il est parfois difficile pour les soignants de repérer comment découvrir et augmenter le niveau de motivation des patients à se prendre en charge. Après avoir développé quelques principes pour mieux appréhender le concept de motivation, nous envisagerons leur inté-

gration dans l'éducation thérapeutique du patient.

DE L'INTENTION À L'ACTION

La motivation se manifeste par "l'envie de faire quelque chose". Si l'activité qui se présente à l'individu l'intéresse, lui semble accessible, il va trouver des moyens pour la réaliser. Au contraire, si l'activité proposée est peu valorisante ou peu intéressante, l'individu sera peu ou pas motivé pour l'entreprendre. Pour passer de l'intention à l'action, cela demande des efforts qui peuvent être soutenus par les propres ressources de la personne concernée (en se posant des objectifs, des défis réguliers...) ou par son environnement social et édu-

catif. Selon Muttin (1984) (1), la motivation naît grâce aux tensions ressenties lorsque l'individu observe un écart entre une situation qu'il perçoit "comme non satisfaisante" et une situation qu'il conçoit "comme satisfaisante". Pour observer cet écart, cela nécessite que l'individu ait une représentation assez claire d'une situation satisfaisante pour lui. Dans ce cas, la motivation sera maintenue à condition qu'il se fixe des objectifs à atteindre pour améliorer sa situation.

LES SOURCES DE LA MOTIVATION

Les psychologues s'accordent pour signifier qu'il existe deux grands types

* Docteur en Sciences de l'Éducation, Laboratoire de Pédagogie de la Santé, Bobigny, et UPRES EA3412, Université Paris XIII.

de motivation : la motivation extrinsèque et la motivation intrinsèque (2). La motivation dite “**extrinsèque**” est initiée par une volonté extérieure à l’individu et dépend des récompenses ou de la crainte de recevoir des sanctions, du regard porté par son environnement tant professionnel que personnel. La motivation dite “**intrinsèque**” vient de l’individu lui-même. Elle se manifeste par la curiosité, l’intérêt, l’engagement de l’individu face aux situations qu’il rencontre. Elle nécessite que l’individu ait une image de lui-même suffisamment bonne et qu’il ait confiance en sa capacité à réussir donc à “être compétent”.

De nombreuses recherches ont démontré qu’un des moyens pour motiver un individu, en dehors de toute récompense attendue, consiste à lui donner un but précis à condition qu’il soit accepté par lui (3). Mais il faut être vigilant car il a été mis en évidence que l’individu doit avoir le sentiment de pouvoir contrôler la situation. Par conséquent, si l’on fixe à un individu des objectifs qu’il estime inaccessibles pour lui, le risque est qu’il adopte une position dite de “résignation apprise”. Ce concept, développé par des recherches américaines, a été repris et adapté par Lieury au contexte de l’apprentissage (4). En d’autres termes, l’individu face aux difficultés qu’il rencontre pour réaliser un objectif ou une activité va progressivement se démotiver et se résigner en développant un sentiment d’incompétence (Fig. 1).

STRUCTURE DE L’ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

L’éducation thérapeutique du patient, selon JF d’Ivernois et R Gagnayre (5) peut se structurer selon quatre volets : le diagnostic éducatif, le contrat d’éducation, la mise en œuvre de l’apprentissage et l’évaluation.

■ Le diagnostic éducatif

A chaque rencontre avec le patient, le soignant recueille des informations

sur ce que le patient sait et sur ce qu’il fait quotidiennement à propos de sa maladie. Parallèlement, il s’intéresse à son mode de vie, à sa personnalité et aux projets qu’il conçoit.

Dès cet instant, le potentiel de “motivation” du patient peut être exploré et renforcé par le soignant. C’est par exemple en interrogeant le patient sur son action : comment faites-vous pour suivre votre régime alimentaire ? A quelles difficultés êtes-vous confrontés vis-à-vis de votre traitement ? Comment les avez-vous résolues ?... Par ces questions, le patient est valorisé et encouragé à maintenir ses efforts pour résoudre des situations de soin dans sa vie quotidienne.

Au cours du diagnostic éducatif, le soignant peut apprécier plusieurs aspects liés à la motivation. S’il ressort que le patient accorde une grande importance à l’opinion de son environnement social et familial, cela peut signifier que la source de sa motivation est plutôt de type extrinsèque. Dans ce cas, le soignant devra pendre appui sur l’environnement du patient, voir associer sa famille à l’éducation.

En questionnant les loisirs, les centres d’intérêt et le projet du patient, le soignant pourra apprécier s’il est plutôt curieux, intéressé, s’il se fixe lui-même des objectifs. Ces constats sont autant d’éléments indiquant une motivation de type plutôt intrinsèque. Si de surcroît le soignant conclut son entretien en expliquant au patient ce qu’il a compris de sa situation, le soignant agit sur “l’image de soi” de ce dernier car, à cet instant, il redonne au patient la maîtrise des informations échangées par la possibilité de les modifier ou de se rétracter (6).

Néanmoins, il est fréquent d’observer que ces deux types de motivations cohabitent, que leur présence est variable selon les périodes, les moments où l’état interne des patients.

A cette étape de l’éducation thérapeutique, approcher le degré de motivation du patient c’est :

- analyser la perception qu’a le patient de sa compétence (Fig. 1) ;
- repérer l’influence du contexte social du patient sur son “image de soi” ;
- solliciter et valoriser l’expérience du patient par un questionnement facilitant l’explicitation par le patient (7).

■ Le contrat d’éducation

Le diagnostic éducatif permet de déterminer les objectifs pédagogiques qui sont présentés et négociés avec le patient. Ces derniers précisent le but des rencontres éducatives.

Proposer des objectifs au patient en lien avec les acquis et les lacunes repérées lors du diagnostic éducatif, c’est favoriser la “mise en effort” du patient et le passage entre l’intention et l’action. Ainsi, s’appuyer sur le projet du patient (identifié lors du diagnostic éducatif) et en lui présentant des objectifs précis et accessibles négociés avec lui, c’est lui faire accepter l’effort à consentir pour réaliser son projet, et c’est signifier au patient le but poursuivi et le résultat attendu par l’éducation. La visibilité sur ce que les efforts consentis vont apporter, aide le patient à maintenir ses efforts pour aller vers le changement (8).

A cette étape de l’éducation thérapeutique, renforcer la motivation du patient c’est :

- proposer des objectifs précis, accessibles et compréhensibles par le patient ;
- aider le patient à consentir des efforts pour aller vers le changement et à passer de l’intention à l’action en prenant appui sur son projet ;
- impliquer le patient à co-construire son éducation, c’est accepter qu’il soit acteur dans ses apprentissages (9).

■ La mise en œuvre de l’éducation

Il s’agit à cette étape d’accompagner le patient à réaliser des apprentissages lui permettant d’atteindre les objectifs fixés avec les soignants. L’apprentissage est une étape importante car le maintien et le renforcement de la moti-

vation vont dépendre des modalités d'action des soignants.

C'est en sollicitant systématiquement les représentations et connaissances antérieures du patient (10), en prenant appui sur ses expériences et en effectuant des "feed-back" positifs, que celui-ci va se sentir valorisé, et ainsi augmenter son niveau de confiance en sa capacité à apprendre et à réussir. C'est également en proposant des activités pédagogiques (études de cas), de complexité croissante, et en posant des défis réguliers, progressifs et accessibles au patient que l'on maintient sa motivation à agir. Le recours à une pédagogie participative, les rencontres entre patients sont autant d'éléments favorisant l'engagement personnel du patient dans la prise en charge de sa maladie.

A cette étape de l'éducation thérapeutique, renforcer la motivation du patient c'est :

- poser des défis réguliers et progressifs pour maintenir l'état de motivation ;
- solliciter et valoriser l'expérience du patient ;
- proposer des activités concrètes, accessibles et de complexités variables ;
- maintenir et développer l'intérêt, la curiosité et l'engagement du patient en lui proposant des activités qui font appel sa participation ;
- pratiquer la technique de rétroinformatives positives pour renforcer l'opinion qu'à le patient sur sa capacité à réussir.

■ L'évaluation

Schématiquement, dans l'éducation thérapeutique on rencontre deux modalités d'évaluation des apprentissages : l'évaluation formative intégrée au processus d'apprentissage et l'évaluation de bilan qui, à un moment donné, propose de faire le point sur l'ensemble des acquis du patient et sur la réalisation de son projet.

L'évaluation dite "formative" s'opère par la rétroinformation, par les commentaires des soignants sur les études de

cas ou sur les situations de santé résolues par le patient. Elle développe chez le patient sa capacité à s'auto-évaluer, et de ce fait à poser un jugement sur ses actions. C'est grâce à des activités favorisant les essais successifs sécurisés, accompagnés et régulés par le soignant, que le patient va se faire confiance, renforcer l'estime qu'il a de lui-même, et se rassurer sur sa capacité à apprendre et à réussir.

L'évaluation dite de "bilan" va agir sur la motivation du patient à condition que le résultat soit connu et discuté avec lui. L'effet sur la motivation est réel car le patient va percevoir l'écart entre une situation perçue comme "non satisfaisante" qui a donné lieu à l'identification d'objectifs de buts à atteindre (contrat d'éducation), et une situation conçue comme "satisfaisante" (2).

Ainsi, le résultat des évaluations de bilan donne lieu à un nouveau contrat d'éducation et à de nouveaux défis que le patient peut se poser ou que le soignant peut proposer au patient. Au-delà de l'évaluation des acquis, si le patient réussit à reprendre des activités qu'il avait abandonnées du fait de sa maladie, ou à réaliser son projet, il peut en

retirer une reconnaissance sociale et familiale ce qui peut comporter un effet de valorisation personnelle. Par conséquent, l'évaluation ainsi conçue va agir simultanément sur les deux niveaux de motivation : intrinsèque et extrinsèque.

A cette étape de l'éducation thérapeutique, renforcer la motivation du patient c'est :

- communiquer et discuter avec le patient les critères et les résultats de ses évaluations ;
- valoriser les acquis du patient et ses initiatives pour renforcer son "image de soi" ;
- permettre au patient de mesurer ses acquis pour la réalisation de son projet ;
- valider les décisions correctes et encourager le patient à la prise d'initiative ;
- mettre le patient en situation d'auto-évaluer ses actions et décisions.

ESTIME DE SOI ET MOTIVATION

Le schéma de Lieury A et coll. (Fig. 1) propose une lecture permettant de mieux comprendre les comportements que l'on peut observer chez les individus en situation d'apprentissage. Il nous invite à porter un regard critique sur les modalités de mise en œuvre de l'édu-

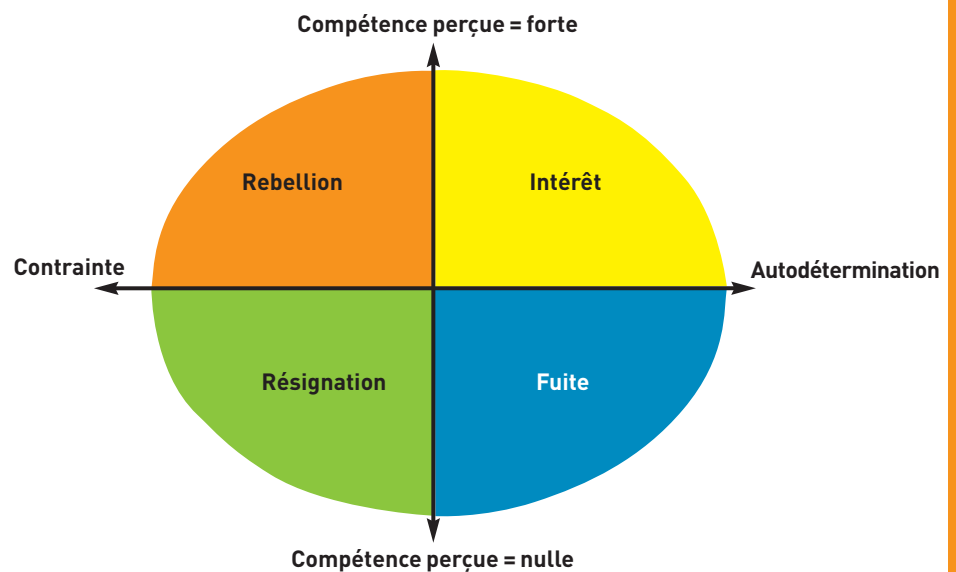


Figure 1 - Schéma de la motivation des individus en relation avec leur comportement, leur situation d'apprentissage et leur estime de soi. D'après Lieury A et coll. (4).

cation qui, dans le cas du patient, doivent être personnalisés. Cette théorie de la motivation, mêlant estime de soi, comportement et situation d'apprentissage, peut s'utiliser à toutes les étapes de l'éducation thérapeutique du patient. Dans ce schéma, s'observent un axe horizontal allant de la contrainte à l'auto-détermination (marge de liberté laissée à l'individu), et un axe vertical allant d'une compétence perçue (image de soi) forte à nulle. Ainsi, nous obtenons quatre secteurs déterminant la motivation des individus en relation avec leur comportement :

- Plus la compétence perçue est forte et le niveau de liberté laissé à l'individu est important, plus son intérêt pour mener à bien les activités entreprises sera augmenté. Pour un patient ayant une image de lui positive, qui donne le sentiment d'être sûr de lui en tant qu'individu, il est possible d'inférer que son sentiment de "compétence perçue" est fort. Dans ce cas, laisser un espace de liberté à ce patient est important pour développer son intérêt à apprendre sur sa maladie. Ainsi, les apprentissages proposés doivent tenir compte de son besoin d'indépendance (apprendre par lui-même). Il s'agira pour le soignant, tout en organisant des temps de rencontre permettant de faire le point, de mettre le patient en situation d'apprendre seul, par la remise de documents, par l'accès aux sites web, la vidéo...

- Plus la compétence perçue est faible et le niveau de liberté laissé est important, plus on augmente le risque que l'individu adopte un comportement allant vers la fuite. Lorsqu'un patient exprime qu'il est peu valorisé et peu encouragé par son entourage tant familial que professionnel, qu'il relate ses difficultés pour apprendre, il est possible d'inférer que ce patient à un sentiment de "compétence perçue" faible. Si le patient bénéficie d'un accompagnement structuré, s'il est sollicité pour négocier ses objectifs éducatifs et encouragé par des "feedback" positifs sur ce qu'il entreprend, il va progressivement augmenter son

niveau de "compétence perçue". Ce type de patient a besoin d'être contenu, soutenu et valorisé par les soignants dans ses apprentissages.

- Plus la compétence perçue et le niveau de contrainte sont forts, plus le risque de favoriser un comportement de rébellion chez l'individu est important. Dans l'éducation du patient, ces comportements peuvent se manifester lorsque l'on regroupe des patients. Il arrive que certains patients sachent tout, ils ont tout vu, tout vécu et revendiquent ce statut du "savoir". Dans ce cas, il est important de considérer avec ce patient ce besoin de reconnaissance, d'assouplir le cadre d'intervention, de lui proposer des activités qu'il estimera être de son niveau, de ménager des temps d'auto-apprentissage, de l'utiliser comme ressource lors de séances d'éducation en groupe, ou encore de l'associer à la construction d'outils pédagogiques utiles à l'équipe soignante...

- Plus la compétence perçue est faible et le niveau de contrainte fort, plus le risque d'induire des comportements de découragement et de résignation par augmentation du sentiment d'incompétence est important. Pour ces patients, il est particulièrement important de solliciter les représentations et connaissances qu'ils possèdent sur leur maladie, et de valoriser les actions qu'ils

entreprennent dans leur vie quotidienne tout en leur laissant la possibilité d'apprendre par eux-mêmes.

EN CONCLUSION

Si l'éducation entraîne souvent dans son sillage la question du changement qu'il est nécessaire d'opérer pour progresser, elle pose par conséquent la question de la motivation nécessaire au changement. Trouver les clés pour la motivation nécessite de comprendre qu'il est nécessaire d'agir simultanément sur deux de ses composantes : la motivation intrinsèque et extrinsèque. Néanmoins, comme nous avons tenté de l'expliquer, la motivation est un état provisoire lié à la personnalité de l'individu, à son activité propre et à son environnement. Ainsi, il est important, notamment dans l'éducation thérapeutique du patient, d'agir sur les différents aspects liés à la motivation pour la renforcer, la maintenir, et ainsi encourager et soutenir le patient à agir au mieux pour sa santé. ■

MOTS-CLÉS

EDUCATION THÉRAPEUTIQUE,
MOTIVATION INTRINSÈQUE
ET EXTRINSÈQUE,
ESTIME DE SOI

BIBLIOGRAPHIE

1. Muttin J. Théorie de la motivation humaine. Paris : Puf, 1984.
2. Raynal F, Rieunier A. Pédagogie : dictionnaire des concepts clés, apprentissages, formation et psychologie cognitive. Paris : ESF, 1997.
3. Lévy Boyer C. Le cœur à l'ouvrage. Sciences Humaines 1999 ; 92 : 20-3.
4. Lieury A. Du laboratoire à la classe : psychologie expérimentale et pédagogie. Sciences Humaines 1997 ; 70 : 34-7.
5. D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. Paris : Vigot, 2004.
6. Iguenane J, Gagnayre R. L'éducation thérapeutique du patient : le diagnostic éducatif. Les cahiers Kinésithérapie 2004 ; 29-30 : 58-63.
7. Vermersch P. L'entretien d'explicitation, en formation initiale et continue. Paris : ESF, 1994.
8. Dortier JF. Peut-on motiver autrui ? Sciences Humaines 1999 ; 92 : 34-5.
9. Iguenane J. Accompagner le patient dans ses apprentissages. Education du patient et enjeu de santé 2002 ; 21 : 26-8.
10. Marchand C. Apport des cartes conceptuelles dans l'évaluation de l'éducation nutritionnelle. Nutritions & facteurs de risque 2003 ; 1 : 41-5.