

Pierre Loeb

Gestion des rechutes

Skill training 13



Dans la série dédiée au skill training de PrimaryCare, nous souhaitons présenter des aides à la communication pour la pratique médicale quotidienne, qui aident tout médecin de famille durant la consultation à suivre de plus près l'axe psychosomatique-psychosocial.

Les retours et les questions au sujet de cette série sont les bienvenus, en envoyant un e-mail à skilltraining[at] primarycare.ch.

L'intervention

«Les rechutes font pour ainsi dire partie du processus en cas de changements de comportement. Je suis ravi que vous m'ayez fait part de votre rechute. Le plus souvent, les changements majeurs et les nouveautés ne parviennent pas à être intégrés d'emblée avec succès, mais cette intégration demande du temps, de la patience et plusieurs tentatives. Toutefois, il est à présent essentiel que vous n'abandonniez pas, que nous nous penchions ensemble sur les circonstances qui vous ont conduit à revenir à votre ancien comportement et que nous continuions à y travailler.»

L'indication

Les rechutes constituent une régression, mais elles ne doivent pas être considérées comme un échec, que ce soit pour le thérapeute ou pour le patient. La gestion correcte des rechutes et leur prise en compte lors de la consultation en vue d'obtenir des changements de comportement sont des facteurs déterminants de succès. Motiver les patients à abandonner ou à modifier certaines de leurs habitudes fait partie du lot quotidien de tout médecin de famille. La façon dont nous «faisons la promotion» de l'observance ou plutôt de l'adhésion thérapeutique, de la perte de poids, de l'abstinence aux drogues et plus généralement des consultations pour dépendances, de l'observance d'un régime ou encore des recommandations à faire plus d'exercice physique est fondamentale pour la qualité de la relation médecin-patient. En effet, la non-satisfaction des attentes est, chez le médecin et le patient, rapidement source de frustration et entraîne des arrêts du traitement, surtout si des rechutes viennent torpiller la relation de confiance instaurée.

La théorie

L'importance du changement de comportement pour le travail thérapeutique, et donc également pour le façonnement de la relation médecin-patient et l'attitude au sein de cette dernière, a fait l'objet d'une analyse dans l'entretien motivationnel, «Motivational Interview», de Miller et Rollnick; cette notion a d'abord été utilisée dans le traitement des dépendances, avant d'être intégrée à l'ensemble du domaine de la consultation. Prochaska et DiClemente ont fourni les bases de ce principe dans le modèle de changement de comportement, «Stages-of-Change-Modell», (cycle du changement de comportement). Il s'agit d'une suite de stades permettant au médecin d'identifier la phase de disposition au changement dans laquelle se trouve précisément le patient: indifférence (precontemplation), conscience du problème (contemplation), préparation (preparation), action (action), maintenance (maintenance) et sortie permanente ou rechute (relapse), selon l'évolution.

L'histoire

Une femme de 46 ans, procureur, a arrêté de fumer pour la deuxième fois. Le sevrage n'a pas posé de problème pendant les vacances.

Même au cours des 3 premières semaines après la reprise du travail, ne pas fumer s'est révélé être moins difficile qu'elle ne l'avait imaginé. Durant la semaine qui a précédé ses congés, elle avait changé tous les jours de marque de cigarettes, ce qui lui a permis de réduire la quantité de nicotine. Juste avant de partir en vacances, elle s'était également séparée de toutes les objets ayant trait au tabagisme et avait informé son entourage de son projet, ce qui a renforcé la pression sociale. Pourtant, 4 semaines plus tard, lors d'une courte pause dans des négociations difficiles, un collègue de la partie adverse lui a proposé une cigarette et elle l'a acceptée comme une «technique de négociation». Sans surprise, elle ne s'est pas arrêtée à cette seule cigarette; le «barrage» a cédé!

Nous analysons la situation. Elle peut clairement affirmer qu'elle se sent mieux sans le tabac: elle est plus détendue, dispose de davantage de temps, ne souffre pas de maux de tête ou d'estomac, éprouve de la fierté face à la réussite de ce sevrage et ne cherche pas stratégiquement des endroits où elle peut fumer. Elle suggère de faire une nouvelle tentative en octobre, lorsqu'elle aura 2 semaines de congés. Elle réalise également qu'il est plus simple de ne plus fumer du tout que de fumer moins. Elle se montre certes assez souvent impatiente et plutôt pénible avec son entourage, mais elle veut absolument y parvenir. Parmi les situations critiques figurent les congrès car tout le monde y fume, les négociations qui sont sources de pression, ainsi que les conversations téléphoniques durant lesquelles l'envie de fumer constitue un pur réflexe. Malgré les rechutes, elle est tout de même fière de ne jamais avoir fumé de cigarette avant 11 h du matin ou lorsqu'elle attend une correspondance à l'arrêt de tram.

L'exercice

Lorsque vous travaillez à modifier le comportement d'un patient, veillez à ne pas être déçu s'il rechute et à continuer à vous consacrer pleinement à lui. Essayez de comprendre le point de vue et le système de référence du patient notamment par le biais d'une écoute active, et ne vous laissez pas aller à des remarques, telles que «le patient a un problème» ou «c'est un alcoolique, anorexique ou un joueur invétéré». Si nécessaire, prenez plutôt position contre un changement de comportement et laissez le patient énoncer des arguments en faveur du changement de comportement. Insistez sur le fait qu'il n'est pas question de culpabilité ou d'accusation, mais soulignez surtout le fait que beaucoup de temps et d'énergie, ainsi que plusieurs tentatives sont souvent nécessaires pour modifier un comportement aussi ancré dans les habitudes. Vous verrez à quel point cette attitude vous permettra à tous deux de remplir avec succès vos objectifs de manière beaucoup plus simple et sereine. Préférez la danse au combat!

Références

- Rollnick S, Mason P, Butler C. Health Behaviour Change a Guide for Practitioners. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.
- DiClemente C C, Prochaska J. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of Change and addictive behaviors. In: Miller W R, Heather N, editors. Treating addictive behaviors. New York: Plenum; 1998.
- Miller W R. Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press; 1983.
- Loeb P. Traitement de l'anxiété en médecine générale. PrimaryCare. 2012;15(12):284–87.

Correspondance:

Dr Pierre Loeb, Médecine générale FMH, Médecine psychosomatique ASMPP, Winkelriedplatz 4, 4053 Bâle, loeb[at]hin.ch