

PROGRAMME

RÉSEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ  
POUR LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS

20<sup>es</sup>  
RENCONTRES  
PROFESSIONNELLES  
DU **RESPADD**

En collaboration avec  
l'Association francophone  
de diffusion de l'entretien  
motivationnel

Sous le haut patronnage de  
Madame Marisol TOURAINE,  
Ministre des affaires sociales, de la  
santé et des droits des femmes

→ 25 et 26  
JUIN 2015

PARIS

ESPACE DU CENTENAIRE  
189 rue de Bercy - Paris 12



# ADDICTOLOGIE et ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

[www.respadd.org](http://www.respadd.org)



## Sommaire

### **JEUDI 25 JUIN ..... 4**

**Présidente de séance de la matinée : Anne Borgne, présidente du RESPADD**

### **INTRODUCTION ..... 4**

- Anne Borgne, présidente du RESPADD ..... 4
- Laurence Rolland-Burger, AP-HP ..... 5
- Francine Bonfils, MNH ..... 5
- Laurence Lavy, DGS ..... 6

### **CONFÉRENCES PLÉNIÈRES ..... 7**

- **Nouveautés en entretien motivationnel ..... 7**
- **Entretien motivationnel en groupe : ce que je sais déjà, ce que j'aimerais bien savoir ..... 11**

**Présidente de séance de l'après-midi : Dorothee Lecallier, présidente de l'AFDEM**

- **Efficacité des interventions brèves ..... 14**

### **TABLE RONDE : INTERVENTIONS BRÈVES ET APPROCHES MOTIVATIONNELLES EN ADDICTOLOGIE ..... 16**

- **Le médecin généraliste ..... 16**
- **Le pharmacien d'officine ..... 18**
- **La sage-femme ..... 19**

**SYNTHESE : Dorothee Lecallier, présidente de l'AFDEM**

### **VENDREDI 26 JUIN ..... 21**

### **INTRODUCTION ..... 21**

- Jacques Dumont, Infirmier en santé publique ..... 21

**Présidente de séance de la matinée : Nathalie Latour, déléguée générale de la Fédération addiction**

### **TABLE RONDE : RENFORCER LES COMPÉTENCES DANS LA COMMUNAUTÉ ..... 22**

- **Programme de prévention « Unplugged » ..... 22**
- **Soutien à la parentalité. Implantation et adaptation du programme Strengthening Families Program ..... 23**

- **Les amis : « ennemis ou alliés » pour la prévention des jeunes .....26**
- TABLE RONDE : DIFFUSER LES PRATIQUES AU SEIN DES RÉSEAUX ..... 28**
- **Programme de formation à l’entretien motivationnel à destination des infirmiers(ères) et des personnels de CJC en région Rhône-Alpes.....28**
- **Valoriser l’approche motivationnelle au sein d’un réseau au Québec.....29**
- **Freiner l’entrée dans l’injection : Change le programme.....32**
- Président de séance de l'après-midi : Serge Longère, directeur de Proses et du Bus 31-32**
- CONFÉRENCE PLÉNIÈRE..... 35**
- **Les nouvelles régulations de l’usage de cannabis .....35**
- TABLE RONDE : SPÉCIFICITÉS DE L’ENTRETIEN MOTIVATIONNEL ..... 39**
- **Quelle place pour l’EM en psychiatrie ? Contexte et application.....39**
- **Partage autour de l’intégration de l’entretien motivationnel dans la formation des médecins généralistes en Belgique francophone..... Erreur ! Signet non défini.**
- CONCLUSION ..... 45**
- **Serge Longère, directeur de PROSES..... Erreur ! Signet non défini.**

## JEUDI 25 JUIN

### INTRODUCTION

● Anne Borgne, présidente du RESPADD

Anne Borgne ouvre les 20<sup>es</sup> rencontres annuelles du RESPADD. Les organisateurs ayant l'ambition de faire de cet anniversaire un événement exceptionnel, ces rencontres se déroulent sur deux jours.

Anne Borgne souhaite, en introduction, brosser l'histoire du RESPADD. L'association est née de la rencontre de deux équipes. Consciente des difficultés croissantes liées au tabagisme à l'hôpital, l'AP-HP s'était dotée d'un Comité Central de Prévention du Tabagisme (présidé par le Gilles Brücker), avec pour objectif de mettre en place, dans la continuité de la Loi Evin, des stratégies de lutte contre le tabac au sein des établissements de santé pour aider aussi bien les patients que les personnels soignants. Une charte – Hôpital Sans Tabac – avait été élaborée par ce groupe de travail. Mise en place dans un premier temps au sein de l'APHP, elle sera élargie à l'échelle nationale en lien avec la MNH (Mutuelle Nationale des Hospitaliers), présidée alors par M. Yvon Lemarié.

Le RESPADD est donc né, en 1996, sous l'impulsion des équipes du Réseau Hôpital Sans Tabac et de la MNH. Son premier objectif fut de reprendre les travaux menés par le Comité central de l'APHP et de l'étendre, sur le territoire français, à d'autres établissements de santé. Ses deux membres fondateurs participent activement aux travaux du RESPADD et assurent aujourd'hui encore une part essentielle du financement de son financement par l'octroi de subventions annuelles. Avec la mise en place, en 2007, du Plan gouvernemental de prise en charge des addictions, le RESPADD a vu son champ d'action s'étendre, au-delà du tabagisme, à l'ensemble des addictions.

Le RESPADD a su, au fil de ces 20 dernières années, nouer un grand nombre de partenariats. Anne Borgne profite de l'occasion qui lui ait donné pour citer un certain nombre de partenaires qu'elle remercie pour leur fidélité :

- La Société française de tabacologie (SFT)
- La Fédération française d'addictologie (FFA)
- La Fédération Addiction
- L'Association française pour la réduction des risques (AFR)
- L'Equipe de liaison et de soin en addictologie (ELSA France)
- Le Réseau européen des Hôpitaux sans tabac (ENSH)
- La Direction générale de la santé (DGS)
- La Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MIDELCA)
- La Coordination bretonne de tabacologie (CBT)
- L'Association française des infirmières en tabacologie (AFIT)
- L'Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (IPPSA)
- L'Association française de diffusion de l'entretien motivationnel (AFDEM)
- Les Agences régionales de santé (ARS) d'Ile-de-France, Bretagne, Rhône-Alpes
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Le RESPADD est aujourd'hui un acteur connu et reconnu du champ de l'addictologie. Il regroupe plus de 800 établissements de santé et constitue, à ce titre, le plus grand réseau de santé européen. Il dispose d'un réseau de 25 délégués régionaux qui portent les missions de l'association en région.

Le RESPADD a développé, dans le cadre de ses activités, des actions à destination des professionnels. Ainsi, un guide « Urgences en addictologie » a été publié pour les Infirmières et plusieurs colloques ont été organisés à leur attention. La profession pharmaceutique constitue également une cible privilégiée. Le RESPADD a assuré des formations des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et a soutenu la diffusion, après des pharmaciens d'officine, du RPIB (repérage précoce intervention brève) ainsi que des programmes d'échange de seringues. Une conférence a d'ailleurs été organisée sur ce thème il y a deux ans. Un guide de l'addictologie en pharmacie d'officine a été publié en 2014. Un nouveau guide est en cours de réalisation. Le RESPADD travaille également en partenariat avec la Mission FIDES, une démarche menée par l'AP-HP en faveur des personnels des établissements de santé qui rencontrent des difficultés liées à des comportements addictifs dans l'exercice de leurs fonctions. Enfin, le RESPADD organise de trois à cinq colloques par an.

Ces 20<sup>es</sup> rencontres ont été organisées avec l'AFDEM et bénéficient du soutien financier de la DGS. Elles ont pour ambition de valoriser la richesse des approches et des évolutions récentes des pratiques d'inspiration motivationnelle. Le programme est particulièrement riche. Les différentes thématiques seront abordées de façon collaborative avec une mise en perspective des pratiques. Le RESPADD a voulu ses rencontres interactives et un temps sera laissé après chaque présentation pour permettre des échanges avec la salle.

---

● **Laurence Rolland-Burger, AP-HP**

Laurence Rolland-Burger souhaite souligner deux points forts du RESPADD (dont elle a rejoint, il y a deux ans, le Conseil d'Administration). L'association, pour commencer, travaille main dans la main avec différentes grandes institutions (gouvernementales ou privées) ce qui lui permet d'être toujours à la pointe de l'actualité. Le RESPADD, par ailleurs, cultive l'ambition de renforcer, sur le terrain, les liens entre les différents acteurs (sanitaires, médicaux-sociaux). On ne retrouve pas toujours ces deux points, tout du moins pas ce niveau, dans d'autres réseaux. Laurence Rolland-Burger félicite le RESPADD pour son action et lui assure le soutien indéfectible de l'AP-HP.

---

● **Francine Bonfils, MNH**

Francine Bonfils souhaite revenir sur la création du Réseau hôpital sans tabac. Ce réseau, pour rappel, avait pour mission de combattre le tabagisme à l'hôpital en fédérant les établissements de soins en France qui souhaitaient s'engager dans cette voie. À l'époque, la loi Evin, depuis quelques années déjà, réglementait l'usage du tabac, notamment sur les lieux de travail. Mais il restait beaucoup à faire pour éliminer totalement la cigarette des hôpitaux et, surtout, pour cibler les fumeurs et aider les professionnels de santé à arrêter définitivement de fumer. Le Réseau hôpital sans tabac allait être l'outil qui permettrait progressivement à de nombreux établissements d'engager une démarche de prévention et de lutte contre le tabagisme avec une efficacité reconnue et avec le soutien et les encouragements des différents ministres de la santé qui se sont succédé. Par la suite, la législation sur l'usage du tabac a encore évolué favorablement en repoussant totalement l'usage du tabac hors des murs de l'hôpital. C'est tout naturellement que le Réseau hôpital sans tabac a élargi son domaine d'intervention à toutes les addictions en devenant le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions, c'est-à-dire le RESPADD.

Aujourd'hui, nous mesurons le chemin parcouru. Le RESPADD fédère désormais autour de lui plus de 800 établissements et réunit de nombreux organismes institutionnels du monde de l'hôpital. Francine Bonfils remercie Anne Borgne pour son engagement sans faille depuis 20 ans. Le RESPADD est devenu un élément incontournable du secteur de la lutte contre les

addictions. Francine Bonfils adresse au RESPADD ses plus sincères remerciements pour le travail accompli et formule le vœu que ses actions et son développement se poursuivent avec toujours autant de conviction et d'engagement auprès des professionnels de la santé. Le RESPADD peut être assuré du soutien de la MNH qui plus que jamais l'accompagnera dans ses évolutions futures.

● **Laurence Lavy, DGS**

En tant que Chef du Bureau des addictions à la Direction générale de la santé, Laurence Lavy a eu, à maintes reprises, l'occasion d'apprécier le travail du RESPADD. Le RESPADD est un partenaire aussi solide que productif de la DGS et ceci depuis plusieurs années. Ces journées sont un temps particulier qui marque 20 ans d'actions en matière de prévention et de prise en charge des addictions. Or, en 20 ans, le paysage a fortement évolué, tant au niveau de l'approche conceptuelle de l'addiction, que celui des usages, des modes de consommations, des pratiques professionnelles et des dispositifs proposés. D'une approche par produits, l'évolution s'est faite peu à peu vers une approche addictologique plus globale. La transformation du Réseau hôpital sans tabac en réseau de prévention des addictions s'est inscrite dans cette dynamique. La démarche de réduction des risques initialement développée et centrée sur les usagers injecteurs de drogues dans le contexte d'épidémie du Sida a continué d'irriguer la réflexion et les pratiques. Aujourd'hui, le dogme de l'abstinence et du sevrage comme unique objectif des soins a laissé place à d'autres alternatives : la réduction de la consommation et la consommation contrôlée. Ce faisant, l'importance pour les professionnels de santé de travailler au côté des patients usagers dans un objectif d'alliance et non d'injonction thérapeutique s'est vue renforcée. L'approche motivationnelle – thème inscrit au cœur de ces journées – prend ainsi tout son sens. À cet égard, le programme s'annonce particulièrement riche et Laurence Lavy note avec beaucoup d'intérêt l'approche élargie qui est aujourd'hui proposée (transdisciplinaire, travail en réseau, base scientifique et ouverture aux expériences étrangères). Cette approche demeure l'une des marques de fabrique du RESPADD.

Si des évolutions importantes sont survenues dans l'approche des addictions, beaucoup reste à faire. Les défis sont de taille. Les niveaux et les modes de consommation des produits psychoactifs évoluent de manière préoccupante, que ce soit pour le tabac, l'alcool ou le cannabis ; les trois substances les plus consommées quantitativement en France. La précocité de l'entrée dans certains usages, le développement de la poly-consommation de produits, la précarisation croissante d'une partie des usagers, la diffusion de nouveaux produits tels que les drogues de synthèse ne peuvent que nous interpeller. Les modes d'accès aux produits évoluent et il nous faut désormais aussi compter avec Internet. Un tiers des Français et 32 % des adolescents de 17 ans – soit 13 millions de personnes – fument quotidiennement du tabac. Les conséquences sont désastreuses, le tabac causant 78 000 morts par an. L'incidence du cancer du poumon chez les femmes a été multipliée par cinq entre 1980 et 2012. Les consommations excessives d'alcool chez les jeunes sont en hausse et les différences entre les jeunes hommes et les jeunes femmes s'estompent (selon le dernier baromètre santé de l'INPES). En 10 ans, la part des 18-25 ans ayant connu une ivresse dans l'année est passée de 33 à 46 %. La part de ceux ayant connu au moins trois ivresses a presque doublé en passant de 15 à 29 %. La diffusion des substances illicites est orientée à la hausse sur les dix dernières années et marquée par une augmentation globale des niveaux d'usage du cannabis. Escapade, l'enquête menée par l'OFDT chez les jeunes de 17 ans, montre en 2014 que pour la première fois en dix ans la consommation de cannabis a progressé. Environ 9 % des jeunes de 17 ans sont des usagers réguliers.

La politique de réduction des risques a permis des progrès considérables face à l'épidémie du VIH. Elle doit être adaptée aux enjeux actuels et notamment, à la prévalence du virus de l'hépatite C qui reste très élevée parmi les usagers injecteurs de drogues. La mortalité par

surdose, alors qu'elle avait diminué, tend à ré-augmenter depuis ces dix dernières années. La politique de réduction des risques doit aussi tenir compte de nouvelles données. Non seulement, es usagers injecteurs sont plus jeunes, mais les pratiques d'injection sont plus hétérogènes et les produits injectés plus diversifiés (comportant notamment des médicaments détournés ainsi que des nouveaux produits de synthèse).

Face à ces enjeux diversifiés, il convient d'adapter les politiques de santé en vue de mettre en place les réponses les plus adaptées aux besoins de chacun. La Stratégie nationale de santé, que la ministre de la Santé a lancée en 2013, place parmi les priorités la prévention, la lutte contre les inégalités sociales de santé, les jeunes et les addictions. Le projet de loi de modernisation du système de santé s'inscrit dans le prolongement de la stratégie et comporte plusieurs articles importants qui devraient permettre d'aller plus loin en matière de prévention, de prise en charge et de réduction des risques liés aux usages de produits psychoactifs. De nombreux articles s'inscrivent dans le programme national de réduction du tabagisme lancé le 25 septembre 2014 et permettront de renforcer la lutte contre le tabac. Ainsi, l'article 33 précise que les traitements de substituts nicotiques (TSN) pourront désormais être prescrits par les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmières et les sages-femmes. L'article 9 permet l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (un dispositif mis en place dans plusieurs pays). L'article 8 bis inscrit la prévention comme mission obligatoire des CSAPA.

La lutte contre les addictions est un enjeu majeur. Les acteurs de santé jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes en difficulté avec leurs consommations. Les travaux de ces deux journées s'inscrivent dans les objectifs de la stratégie nationale de santé et Laurence Lavy souhaite à l'ensemble des participants d'excellents échanges.

## CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

### 📍 Nouveautés en entretien motivationnel

👤 **Philippe Michaud**  
Président de l'IPPSA

Philippe Michaud est médecin addictologue. Il intervient aujourd'hui en tant que Président de l'IPPSA (un partenaire régulier du RESPADD), un organisme dont la mission est de développer et transmettre des savoir-faire en prévention secondaire, notamment le Repérage Précoce Intervention Brève (RPIB). Il est également clinicien, responsable de deux équipes : un CSAPA et une unité expérimentale de prise en charge de personnes souffrant du syndrome de Korsakoff (un trouble sévère lié à l'alcool). Philippe Michaud est, par ailleurs, un des fondateurs de l'AFDEM. Il est engagé, à ce titre, depuis longtemps dans la diffusion de l'entretien motivationnel. Philippe Michaud se propose de présenter les changements conceptuels qui ont été introduits dans la troisième édition américaine de l'ouvrage de William R. Miller et Stephen Rollnick ; « Motivational Interviewing : Helping People Change ».

L'entretien motivationnel existe depuis trente ans. On connaît la vieille histoire (probablement d'origine Perse) d'hommes aveugles qui palpent un éléphant et qui tentent de le décrire. L'un pense que c'est comme un tronc d'arbre, le deuxième comme une liane, le troisième comme un éventail, et ainsi de suite. Chaque aveugle, ayant été en contact avec une partie l'éléphant, donne sa version de l'animal. Interrogé récemment par Philippe Michaud, William R. Miller lui avait fait remarquer que « *ces trente dernières années, nous avons tellement tourné autour de l'éléphant que nous en avons maintenant une meilleure représentation, et que nous avons progressé dans sa description. Mais l'éléphant est resté le même* ». Cette troisième édition est en quelque sorte contenue dans la première édition (publiée dans les années 1980). L'entretien motivationnel a évolué, mais son esprit est demeuré identique de son commencement jusqu'à sa forme actuelle.

#### 📖 L'Entretien motivationnel : les changements conceptuels.

Une des principales évolutions apportées dans la troisième édition a consisté à revoir un certain champ du vocabulaire.

Le concept de « résistance » a été utilisé dans les deux premières éditions. La résistance n'était pas perçue comme trait de caractère des patients, mais plutôt comme un processus relationnel. Selon les auteurs, il s'agissait d'un comportement observable chez le patient survenant dans le cadre thérapeutique et qui représentait un signal important de dissonance ou de disharmonie entre les objectifs de ce dernier et ceux de l'intervenant. Une fois perçue, cette dissonance devait être traitée. Les auteurs avaient inventé l'expression « roll with resistance ». Une des tâches principales de l'intervenant était de faire baisser cette résistance afin qu'elle ne s'oppose plus ni à la relation ni au processus de changement. La qualité de la relation est prédictive du changement. Dans la troisième édition, les auteurs ont remarqué que la plus grande part de ce qu'ils nommaient « résistance » était en fait du discours-maintien (les arguments du patient en faveur du statu quo), qui est juste un des versants de l'ambivalence. Le mot « résistance » a été remplacé par celui de « dissonance ».

L'entretien motivationnel était décrit (dans les deux premières éditions) à travers un certain nombre de principes :

- 📖 Développer les divergences ;
- 📖 Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle ;

- ▣ Rouler avec la résistance ;
- ▣ Exprimer son empathie.

L'entretien était conduit dans le but de réaliser ces quatre objectifs opérationnels. Partant du principe que l'entretien motivationnel ne devait pas être considéré comme une technique, les auteurs ont estimé que ces principes étaient trop éloignés de l'esprit de la démarche et ont donc décidé » de les abandonner. L'esprit de l'entretien motivationnel repose sur quatre composantes fondamentales :

- ▣ Partenariat ;
- ▣ Non-jugement ;
- ▣ Altruisme ;
- ▣ Évocation.

La notion de « non-jugement », fait remarquer Philippe Michaud, est inspirée de l'approche développée par Carl Rogers (un des fondements de l'entretien motivationnel). Celle-ci est centrée sur la valeur inconditionnelle du patient, l'empathie profonde, la valorisation et le soutien à l'autonomie. En revanche, la notion « d'évocation » est spécifique à l'entretien motivationnel. L'intervenant n'a pas pour mission d'imposer des objectifs de changement au patient. Son rôle consiste, au contraire, à explorer les ressources et la motivation au changement en mettant au jour les perceptions, les buts et les valeurs du patient. « L'altruisme » constitue ce désir inconditionnel de l'intervenant d'aller au secours de l'autre, de l'aider dans la réalisation de soi.

Fort de ces principes, l'entretien motivationnel est maintenant présenté comme la mise en œuvre de 4 processus, à la fois consécutifs et imbriqués les uns dans les autres.

- ▣ L'engagement dans la relation (l'établissement d'une fondée sur la confiance mutuelle et sur une aide respectueuse) ;
- ▣ La focalisation (le choix des thèmes qui seront abordés par le patient) ;
- ▣ L'évocation (l'intervenant suscite le discours-changement et amène la personne à verbaliser ses propres arguments et motivations à changer) ;
- ▣ La planification (formuler un plan d'action).

Ces quatre processus sont représentés sous la forme de marches d'escalier, reposant les unes sur les autres, avec l'idée que chaque marche s'appuie sur les précédentes, et qu'il peut-être nécessaire de redescendre d'une marche pour pouvoir avancer à nouveau.

L'entretien motivationnel a souvent été confondu avec l'approche de Prochaska et DiClemente de conduite du changement. Les deux approches sont apparues au même moment dans le champ de l'addictologie. Or, contrairement à l'entretien motivationnel, il existe peu de preuves, sur le plan scientifique, de l'efficacité clinique de l'approche par les stades du changement. On a également beaucoup confondu l'entretien motivationnel avec un de ses outils : la balance décisionnelle. Cet outil était utilisé pour explorer l'ambivalence des patients et consiste à aider le patient à formuler les avantages et désavantages respectifs du maintien du statu quo et du changement. Les études ont démontré que l'approche était contreproductive, car elle conduit à générer du discours-maintien.

L'entretien motivationnel n'est pas une approche figée. Elle l'est d'autant moins que certaines questions ou problématiques n'ont toujours pas été résolues. Certaines problématiques sont le fruit des tensions consubstantielles à la pratique des entretiens, lesquels sont à la fois centrés sur la personne et tournés vers un changement. Les soignants intervenants doivent faire preuve d'empathie tout en cherchant à obtenir des résultats. Ces résultats sont légitimes. Il est légitime d'aider un diabétique à équilibrer son diabète. William R. Miller et Stephen Rollnick ont élargi leur conception du changement dans le sens où ils ne le limitent pas au

changement de comportement. Il y a d'importants processus de changement qui n'impliquent pas le comportement au sens habituel du terme. L'entretien motivationnel peut être utilisé pour changer l'attitude du patient, l'aider à s'accomplir. Par ailleurs, certains intervenants centrent uniquement les entretiens sur le discours-changement. Or, à trop focaliser l'approche sur le discours-changement (au détriment du discours-maintien), les intervenants courent le risque de perdre leur empathie.

#### ■ La formation à l'entretien motivationnel

La vision de William R. Miller et Stephen Rollnick sur l'enseignement de l'entretien motivationnel a également changé. Les auteurs ont pensé, pendant longtemps, qu'il suffisait de deux ou trois jours pour formation pour acquérir les bases de l'approche. L'entretien motivationnel doit être perçu comme un ensemble complexe de savoir-faire qu'on apprend à travers le temps et la pratique. « On apprend à jouer de l'Entretien Emotionnel comme on apprend à jouer du piano ». Fort de ce principe, les séminaires de l'AFDEM sont maintenant organisés en deux fois trois jours.

De surcroît, les auteurs sont désormais convaincus que l'apprentissage de l'entretien motivationnel nécessite des supervisions et un feedback. Ainsi, en 2004, William R. Miller indiquait qu'« entraîner en entretien motivationnel amène à s'appuyer sur l'observation directe, ce qui est réalisé habituellement à travers des entretiens enregistrés. Mais comme le tir à l'arc dans le noir, une pratique sans feedback a peu de chance d'améliorer la compétence professionnelle. Nous avons appris il y a longtemps en supervisant des thérapeutes en formation, que ce qu'on pouvait leur apporter de plus aidant portait sur ce qu'ils n'avaient pas entendu pendant leur séance. De ce fait, il était sans intérêt pour une personne en formation de venir seulement décrire le contenu de sa séance : le problème de la pratique privée est qu'elle est privée ! Comme tuteurs d'apprentissage, nous avons besoin d'être dans la pièce, au moins indirectement par l'intermédiaire de l'enregistrement audio ou vidéo. Même un temps limité de ce type de tutorat permet d'améliorer de façon significative la compétence en entretien motivationnel ».

La supervision constitue, selon Philippe Michaud, un apprentissage essentiel. Elle nécessite une certaine dose d'humilité. Les formés doivent, par ailleurs, faire confiance aux superviseurs. Quoi qu'il en soit, l'entretien motivationnel s'acquiert par l'expérience. Une méta-analyse a permis de démontrer qu'il suffit, en moyenne, de 3 à 4 séances de supervision ou de feedbacks sur une période de 6 mois pour aider les formés à maintenir et renforcer leurs compétences, ceci notamment dans le champ des addictions. Il est désormais possible de transmettre à l'AFDEM des enregistrements d'entretiens qui, moyennant une somme symbolique, offre un feedback sur l'intervention. Une première formation à la supervision est proposée les 16 et 17 septembre 2015 à Strasbourg.

La supervision permet de mesurer le degré de conformité de l'intervenant à l'entretien motivationnel via des grilles de cotation validée telle que la grille du MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity). Les cotations permettent d'évaluer la fidélité de l'intervenant aux principes de l'entretien motivationnel (EM) via le décompte de certains comportements et de scores globaux concernant des dimensions de l'« esprit motivationnel ». Le MITI évolue avec l'entretien motivationnel et une quatrième version de l'outil a été développée. Cette nouvelle version intègre, par exemple, la recherche et le renforcement du discours-changement comme une priorité du thérapeute.

Enfin, Philippe Michaud insiste sur la qualité des formateurs. Il met en garde l'assistance contre les usurpateurs. Il est aujourd'hui très facile de proposer des formations aux Entretiens Motivationnels sans être passé par l'AFDEM ou le MINT. Philippe Michaud a connu des formateurs qui se comportaient de façon non motivationnelle avec leurs stagiaires en les assommant de conseils directs.

En conclusion, Philippe Michaud rappelle que l'entretien motivationnel est une aide au changement. L'approche, basée sur un solide champ théorique, a prouvé son efficacité. Les méta-analyses répétées soulignent les effets positifs de la démarche qui apporte un bénéfice au thérapeute comme au patient. L'entretien motivationnel est une approche clinique exigeante, qui s'apprend, s'expérimente, se clarifie avec le temps. Née dans le champ de l'addiction, cette approche s'est étendue à celui plus vaste du « changement », mais reste une méthode de choix dans les problématiques addictives, où elle est le mieux évaluée. Un peu de recherche reste toutefois nécessaire.

## ● Questions de la salle

Anne Borgne remercie Philippe Michaud pour son exposé riche et passionnant. Il a démontré que l'entretien motivationnel n'est pas une approche figée. L'approche est en perpétuelle évolution. Anne Borgne souhaite revenir sur un terme spécifique, celui de « non-jugement ». Lorsqu'elle assiste à une intervention auprès d'un patient, elle est souvent choquée d'entendre l'intervenant déclarer qu'il n'est pas là pour le juger. Cette phrase est gênante.

Philippe Michaud rappelle que les intervenants doivent se défendre de leurs jugements. Intervenant régulièrement, il avoue qu'il ne peut pas toujours s'empêcher de juger de façon négative le patient qui se trouve en face de lui, ne saurait-ce que pour les actes qu'il a commis. Toutefois, il est convaincu qu'il n'est pas là pour le juger. Les jugements moraux doivent être mis de côté. Lors de l'intervention, sa principale préoccupation doit être de tout faire pour rendre la vie de l'incarcéré meilleure. Il en va de l'intérêt du patient et de la société dans son ensemble. Le « non-jugement » est une démarche. Ce n'est pas un fait établi. Cela étant dit, il ne sert à rien de dire à une personne qu'on n'est pas là pour le juger. Il suffit de le démontrer.

Un participant, psychiatre et addictologue, avait cru comprendre que l'outil le plus cher à l'entretien motivationnel était la balance décisionnelle. Cet outil reste-t-il valable pour les patients ambivalents ou doit-il être abandonné ?

Philippe Michaud estime que l'outil de la balance décisionnelle reste exploitable, mais uniquement dans deux situations. Il peut être utilisé dans le cas où le patient se retranche derrière un discours-maintien et n'exprime aucune ambivalence. La balance décisionnelle permet justement de faire naître l'ambivalence, et donc le discours-changement. L'outil peut être également utilisé lorsque l'intervenant se retrouve dans une situation d'équipise, c'est-à-dire lorsqu'il se sent incapable de faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre. Dans sa formation, Philippe Michaud utilise souvent l'exemple du conseiller du planning familial qui se retrouve confronté à une femme qui se pose des questions pour savoir si elle doit avorter ou poursuivre sa grossesse. On peut comprendre, dans ce cas spécifique, que le conseiller ne se sente pas légitime. La balance décisionnelle peut aider cette femme (en évaluant les pour et les contre) à prendre sa décision plus en confiance. Plus généralement, la balance décisionnelle est contreproductive dans la grande majorité des cas. Les études ont montré que plus on amène le patient à formuler des discours-maintien, plus la probabilité est forte de privilégier au statu quo.

Une intervenante d'un CSAPA à Montreuil fait observer que l'entretien motivationnel repose sur une conception philosophique. Cette approche est-elle adaptée à toutes les cultures ? Philippe Michaud convient qu'il est plus facile d'utiliser l'entretien motivationnel dans certaines cultures.

© **Entretien motivationnel en groupe : ce que je sais déjà, ce que j'aimerais bien savoir**

### Passer de la conscience individuelle à la conscience de groupe

Dans les cultures occidentales, chacun a tendance à se voir d'abord comme un individu et seulement secondairement le membre de groupes. Nous apprenons à penser et agir par nous-mêmes. Chris Wagner estime, à ce titre, qu'avant d'être « Wagner », il est « Chris », pour le meilleur et pour le pire. Pourtant, depuis le plus jeune âge, nous sommes tous membres de plusieurs groupes (amis, familles, collègues de travail, clubs de sport). Nos identités sont formées par ces groupes qui influencent nos pensées, nos attitudes et nos valeurs.

Lorsqu'il traîne avec son groupe d'amis, Chris Wagner ne cesse de se plaindre de la ville où ils habitent. Tout lui semble ennuyeux. Ce sont toujours les mêmes musées, les mêmes restaurants, les mêmes concerts. Il ne rêve que d'une chose : déménager au plus vite. Pourtant, lorsqu'il reçoit des étudiants ou des chercheurs étrangers, sa ville lui semble alors excitante, belle. Il devient aussi passionné qu'eux. Les différents groupes dans lesquels il évolue influencent son état d'esprit. Il en absorbe l'énergie.

La plupart des services thérapeutiques sont centrés sur l'individu. Ils sont axés sur ses perspectives et mettent l'accent sur les caractéristiques de la personne. De nombreuses études ont pourtant démontré que les groupes thérapeutiques sont aussi efficaces que les soins individuels. Les études récentes sur les thérapies de groupe les ont trouvées d'un rapport coût-efficacité plus favorable aux thérapies individuelles classiques dans les domaines de la santé, y compris mentale. Certaines analyses indiquent que les groupes présentent d'autres avantages, tels qu'un taux d'abandon plus faible.

### L'entretien motivationnel en Groupe

L'entretien motivationnel en groupe aide les patients à résoudre leur ambivalence et évoluer en étant actifs. La recherche a montré qu'il permet de renforcer l'engagement des patients et réduit le taux d'abandon. Enfin, le patient bénéficie à la fois du support de l'animateur, mais également de celui des autres membres du groupe.

L'entretien motivationnel individuel et l'entretien motivationnel de Groupe partagent de nombreux points communs. Dans les deux approches, l'équilibre est maintenu entre l'empathie et l'orientation vers un objectif. L'esprit est centré sur le partenariat, le non-jugement, l'empathie et l'évocation.

Cependant, l'entretien motivationnel de groupe pose certains défis spécifiques. Pour commencer, la gestion du temps de parole est plus complexe. Certains patients aiment mobiliser la parole alors que d'autres sont plus discrets. Certaines personnes aiment raconter des histoires, d'autres sont plus analytiques. La dynamique de groupe peut s'avérer difficile. Si le fonctionnement du groupe repose sur le soutien que chaque membre peut apporter, certaines personnes ont tendance à vouloir imposer leurs points de vue. L'approche de l'entretien motivationnel consiste à faire émerger les discours-changement. Or, dans un groupe, les objectifs de changement sont multiples. Si tous les membres d'un groupe souffrent d'une addiction à l'alcool, les effets de cette dépendance sur les vies varient d'une personne à l'autre. Chaque personne a, par ailleurs, une vision spécifique de son avenir et les changements qui doivent être engagés varient d'un individu à l'autre.

### Fusionner l'entretien motivationnel et la thérapie de groupe

Pour fusionner l'entretien motivationnel et la thérapie de groupe, il convient d'opérer quelques changements. Les intervenants ont la tâche d'animer et non pas d'interviewer les membres du

groupe. Cette animation doit non seulement faire émerger l'énergie du groupe en faveur du changement, mais également promouvoir un discours-changement interne au groupe en mettant en évidence les liens qui existent entre les différents membres. Pour cela, il est nécessaire de centrer l'attention non pas sur les propos tenus par les membres du groupe, mais sur les processus qui les guident. Une telle démarche permet de renforcer la dynamique du groupe.

Le travail en groupe exige de l'animateur des compétences qui ne sont pas utilisées dans le cadre des Entretiens Motivationnels individuels. Il doit savoir rediriger la conversation entre les différents membres. Il doit, de surcroît, éviter tout jugement, même quand un des membres du groupe se montre agressif. Enfin, l'animateur peut être conduit à protéger une personne d'un autre membre tout en soutenant ce dernier. Si un membre devient un bouc émissaire, toute la dynamique du groupe en est affectée.

Le modèle de l'entretien motivationnel en groupe est conçu en quatre phases :

- Engager le groupe.
- Explorer les points de vue.
- Favoriser l'élan.
- Aller vers l'action.

La première phase consiste à engager le groupe dans une première discussion. La seconde phase consiste à analyser les attentes des différents membres du groupe, notamment en matière de changement. L'animateur demande aux membres d'explicitier leurs objectifs et ce qu'ils aimeraient changer dans leur vie. Il leur demande également d'analyser leur passé pour comprendre leur présent.

Une fois que les membres se sentent plus à l'aise et se connaissent mieux, la troisième phase consistera non pas à amener les participants à résoudre un problème spécifique, mais au contraire à le mettre de côté pour s'engager dans un processus de changement beaucoup plus global. Pour cela, il est demandé aux membres d'analyser leurs valeurs, d'imaginer un futur dans lequel ils auraient envie de vivre, de penser aux changements qu'ils ont réussi à opérer dans le passé (et les méthodes qu'ils ont utilisées pour réussir) et de mettre en avant les forces dont ils disposent (le courage, la détermination, la persévérance).

Les personnes, lorsqu'elles intègrent un groupe, sont souvent submergées par leurs problèmes qu'ils n'imaginent même pas détenir les forces qui leur permettront d'en sortir. En prenant du recul, ces personnes peuvent s'appuyer sur le support que leur apportent les autres membres du groupe, pour imaginer de nouvelles perspectives et aller vers l'action. Les personnes ont une vision beaucoup plus claire des changements qu'elles souhaitent opérer dans leur vie. En sachant, de surcroît, qu'elles bénéficient du soutien du groupe, elles se sentent plus fortes.

Entre 1990 et 2010, l'usage nocif de l'alcool est passé du huitième au cinquième rang des principales causes de décès et d'invalidité dans le monde. Aujourd'hui, la consommation moyenne d'alcool d'un adulte dans les pays de l'OCDE est estimée à environ 10 litres d'alcool pur par habitant et par an. La France reste parmi les pays les plus grands consommateurs d'alcool (3<sup>ème</sup> au rang mondial). La consommation d'alcool y est fortement concentrée dans la population. En effet, en France, les 20 % de la population qui boivent le plus consomment environ 50 % de la quantité totale d'alcool. L'alcool peut affecter tous les organes du corps. Il est responsable de plus de 60 pathologies différentes.

L'impact de la santé sur les services de soin est important. Au Royaume-Uni, 20 % des prises en charge en soins primaires concernent des personnes ayant un problème avec leur consommation d'alcool. Plus de 70 % des admissions aux urgences médicales (entre minuit et 5 heures du matin) sont liées à l'alcool. Il est estimé que 63 % des personnes incarcérées ont une consommation à risque. Le coût économique annuel de l'alcool au Royaume-Uni est estimé à 20 millions £.

#### Le paradoxe préventif.

Les alcoolodépendants ne représentent que 5 % de la population, mais leurs besoins en matière de soins sont très importants. Les « gros buveurs » (environ 20 % de la population) ont moins soucis de santé, mais les répercussions sociales sont en revanche très importantes. Les buveurs modérés constituent la grande majorité de la population. Ils consomment de l'alcool occasionnellement à des fins récréatives, mais les pratiques de « binge drinking » (l'absorption rapide de grandes quantités d'alcool) sont problématiques. La prévention aura plus d'impact sur les gros buveurs et ceux qui s'adonnent occasionnellement au « binge drinking ». C'est ce qu'on appelle le paradoxe préventif.

#### La prévention et l'intervention brève

Eileen Kaner distingue trois types de prévention. La prévention primaire tente de réduire la consommation d'alcool dans la population générale et de retarder le passage à l'acte des jeunes. Elle vise le grand public et s'inscrit notamment au travers d'actions publicitaires. Cette prévention permet de sensibiliser les gens, mais elle est rarement efficace. La prévention secondaire vise le repérage précoce des risques et développe des interventions pour changer les comportements. La prévention tertiaire agit en aval de la maladie.

L'exposé d'Eileen Kaner porte essentiellement sur la prévention secondaire. Elle a fait l'objet d'un ouvrage publié par le NICE (National Institute for Health and Care Excellence) : « Alcohol-use disorders : preventing the development of hazardous and harmful drinking ». Cet ouvrage contient un ensemble de recommandations (portées à l'échelle nationale et supportées par les instances gouvernementales) sur l'identification des comportements à risque et l'Intervention Brève.

La littérature sur l'Intervention Brève est abondante et des études sont réalisées depuis maintenant 30 ans. On comptabilise 54 études systémiques. La recherche a prouvé l'efficacité des Interventions brèves pour réduire la consommation d'alcool (en quantité ou en intensité). La recherche montre également que les interventions de plus longues durées ne sont pas plus bénéfiques que les interventions brèves. 24 études montrent que les patients ayant bénéficié d'une Intervention Brève ont réussi à réduire de 5 verres leur consommation hebdomadaire d'alcool. Une personne sur 10 change de comportement. La littérature scientifique insiste également sur le rapport coût-efficacité des interventions jugé très favorable.

■ La mise en œuvre et en pratique des interventions brèves.

Malgré les résultats encourageants des études susmentionnées, la pratique de l'Intervention Brève est encore trop rarement utilisée. Seulement 1 sur 20 buveurs à risque se voit proposer la démarche. Beaucoup de praticiens ont conscience de l'efficacité de la méthode, mais ils rechignent à la mettre en pratique, et ceci, pour diverses raisons. Une étude sur les barrières à l'Intervention Brève a été réalisée dans plusieurs pays européens. 71 % des professionnels de santé interrogés estimaient ne pas disposer du temps nécessaire. 49 % ont peur de déstabiliser leurs patients. Les autres barrières sont le manque d'incitations financières et le nombre insuffisant de formations.

Au-delà des soins primaires, Les Interventions brèves peuvent être utilisées dans :

- Les services d'urgences hospitalières,
- les prisons,
- les écoles,
- les services sociaux

● **Questions de la salle**

Interrogée sur l'adaptation de l'intervention brève aux différentes classes d'âge, Eileen Kaner indique qu'elle propose la démarche à des adolescents. En Grande-Bretagne, certains jeunes commencent à boire à partir de l'âge de 9 ans ! Si en France, les jeunes commencent à boire en famille, au Royaume-Uni ils boivent en groupe. Le « binge Drinking » favorise les comportements à risque. Dans le nord du pays, certaines personnes souffrent de cirrhose du foie dès 29 ans. Les cas sont encore rares, mais ils augmentent. Ces pathologies du foie sont liées à l'obésité et à la consommation de l'alcool. Eileen Kaner travaille également avec des personnes âgées, lesquelles ont consommé de l'alcool toute leur vie (la plupart ont commencé à boire à l'adolescence). Certaines cumulent les pathologies et souffrent d'une réduction de leur mobilité. Ces personnes âgées lui ont expliqué que leurs médecins traitants ne les avaient jamais interrogés sur leur consommation d'alcool. Les services médicaux mettent plutôt l'accent sur la consommation de drogue et ciblent les personnes d'âge moyen. Les jeunes et les personnes âgées sont souvent oubliés.

Un intervenant a cru comprendre que les personnes atteintes de cancer en Grande-Bretagne pouvaient se voir refuser des soins (une opération, par exemple) s'ils refusaient de diminuer leur consommation de substances psychoactives, et notamment d'alcool. Eileen Kaner répond qu'il est difficile de refuser des soins à une personne atteinte d'un cancer. Toutefois, il est important d'informer les patients des risques qu'ils encourent s'ils boivent avant une opération. Eileen Kaner mène une étude auprès de personnes subissant une intervention chirurgicale de la hanche et du genou pour mesurer les effets de ces opérations sur leur changement de comportement, notamment en matière de consommation d'alcool.

Interrogée sur la démarche de l'Intervention Brève, Eileen Kaner indique que celle-ci peut utiliser quelques outils de l'entretien motivationnel. Ce n'est pas obligatoire.

## TABLE RONDE : INTERVENTIONS BRÈVES ET APPROCHES MOTIVATIONNELLES EN ADDICTOLOGIE

**Discutante : Anne Dansou**, pneumologue, Tours

 **Le médecin généraliste**

François Bloede, médecin généraliste, Paris

---

François Bloede est médecin généraliste. Il est membre de la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG). Il a été formé au RPIB par l'ANPAA et à l'entretien motivationnel par l'AFDEM.

■ L'Entretien motivationnel et la pratique du médecin généraliste

François Bloede présente les résultats d'une étude menée auprès de professionnels de la santé formés à l'entretien motivationnel. Sur les 99 personnes sollicitées, 36 ont répondu au questionnaire (20 avaient suivi deux formations de deux jours et 16 une seule formation). Si l'enquête comporte un biais de recrutement majeur – les personnes y ayant répondu étaient investies dans une démarche favorable à l'entretien motivationnel – les résultats n'en demeurent pas moins intéressants.

La première question portait sur les domaines dans lesquels les professionnels de santé utilisaient l'entretien motivationnel. Les réponses font apparaître un ensemble de domaines préférentiels, parmi lesquels : le diabète, l'activité physique et la dépendance au tabac, à l'alcool et aux benzodiazépines. Malgré les apports de la démarche, elle est rarement sollicitée pour traiter les patients souffrant de Coronaropathie ou de BCPO. Il est enfin à noter que l'entretien motivationnel est relativement peu utilisé en cas de conflit ou de demande abusive de soins.

L'enquête montre que pour la majorité des professionnels de santé interrogés, la pratique de l'entretien motivationnel n'est pas chronophage. Nombreux estiment même qu'elle permet parfois de gagner du temps. L'entretien motivationnel est considéré comme un atout. Il permet de diminuer le sentiment d'impuissance que les professionnels pourraient ressentir face à certains de leurs patients. La pratique aurait aussi un impact direct sur la santé des praticiens puisqu'elle permet de limiter l'épuisement professionnel.

L'étude demandait aux professionnels de définir en une phrase les limites à l'utilisation de l'entretien motivationnel dans leurs pratiques. Une des réponses les plus fréquentes est que la présence à l'autre nécessite d'être en forme et de faire silence. Certains soulignent que l'acquisition des compétences en entretien motivationnel nécessite un certain apprentissage. Ces compétences doivent devenir inconsciente, automatique. La spontanéité ne peut pas s'acquérir du jour au lendemain et demande un certain travail. Enfin, plusieurs praticiens ont exprimé le besoin d'être supervisés.

Il a été également demandé aux professionnels de santé de définir en une phrase les bénéfices à l'utilisation de l'entretien motivationnel. Les réponses sont aussi nombreuses que variées. Avec ses principes d'écoute centrée et d'autonomie du malade, l'entretien motivationnel permet aux médecins d'adopter une nouvelle dimension relationnelle avec leurs patients. Il se crée un nouvel équilibre centré sur un dialogue de qualité et sur la confiance. La pratique de l'entretien motivationnel permet d'optimiser et d'améliorer la relation entre soignant et soigné. Le patient est vu autrement avec plus de respect. Il devient un acteur de sa propre

santé et se sent devenir « efficace. Certains praticiens admettent que la démarche leur permet de se sentir moins impuissants. Elle entraîne, par ailleurs, des changements rapides et les soignants, comme les patients, en tirent un sentiment d'efficacité.

#### ■ Un point de vue plus personnel

François Bloedé souhaite faire profiter la salle de son expérience professionnelle. Il utilise, dans sa pratique, l'entretien motivationnel (ou tout du moins, certains de ses outils) dès l'accueil du patient. Auparavant, il agissait comme la plupart des médecins et recevait froidement ses patients (à peine un bonjour), ne leur laissant que quelques secondes pour s'exprimer estimant qu'il connaissait mieux que les intéressés ce qui était bon pour eux. Sa formation à l'entretien motivationnel a entraîné un véritable changement de paradigme. Aujourd'hui, François Bloede privilégie systématiquement l'écoute centrée. Il s'entretient avec ses patients dans un esprit motivationnel privilégiant la confiance, l'empathie et le « non-jugement ». Il prend le temps d'explorer, en début de consultation, la demande du patient allant jusqu'à l'aider à choisir les sujets qu'il souhaite aborder en priorité lorsque la liste est trop longue.

François Bloede déploie également les outils de l'entretien motivationnel au moment de la prescription. Il explore les connaissances dont dispose le patient et utilise la stratégie « Demander-Fournir-Demander ». Celle-ci consiste, dans un premier temps, à demander au patient de dire ce qu'il connaît déjà. Dans un second temps, le praticien demande la permission au patient de lui fournir des informations. Enfin, la dernière étape du processus consiste à demander au patient ce qu'il pense de l'information qui lui a été transmise. Les outils de l'entretien motivationnel permettent d'aborder l'ensemble des risques et bénéfices liés aux traitements proposés ainsi que d'autres thèmes plus spécifiques comme la prévention quaternaire ou la dé-prescription. Enfin, les outils peuvent aider au médecin de dire « non » à leurs patients lorsque leurs demandes semblent abusives.

François Bloede utilise l'entretien motivationnel de façon plus construite en cas de maladie chronique. L'annonce du diagnostic est un moment aussi importante que complexe du soin. Chez certaines personnes, elle peut s'avérer traumatisante. Il faut laisser le temps nécessaire au patient pour qu'il puisse s'approprier l'information, comprendre les tenants et les aboutissants. Plus le patient parle, plus la probabilité qu'il soit acteur de son avenir augmente. Renforcé dans son autonomie, un patient sera plus en capacité d'accepter un traitement, qu'il s'agisse d'un changement de comportement ou d'une prise de médicaments. Ainsi, à l'occasion d'un diagnostic d'hypertension, la démarche consisterait avant tout à demander au patient ce qu'il pense. Qu'est-ce que le patient sait ? Est-ce qu'il possède de l'information juste ? Quelles solutions a-t-il envisagées ? Le soignant peut ensuite lui demander la permission de compléter l'information et enfin lui proposer les différents moyens de traiter sa maladie. La démarche peut paraître, au premier abord, très longue. Elle permet – François Bloede en est convaincu – aux patients de se saisir de leur maladie et d'adhérer aux programmes thérapeutiques qui lui sont offerts.

Utilisé systématiquement en cas de dépendances ou de consommations à risque, l'entretien motivationnel est le meilleur outil pour accompagner le patient vers des changements de comportement. François Bloede est un adepte du repérage précoce et interroge les patients de façon assez régulière, sur un mode motivationnel, sur leurs consommations d'alcool, de tabac ou d'autres toxiques, mais également sur leurs prises de risques sexuels.

L'entretien motivationnel est une démarche exigeante. Elle exige du praticien qu'il se forme, ce qui demande du temps et de l'énergie. Elle lui demande, par ailleurs, d'abandonner cette position qui veut que le médecin soit celui qui sait et qui ordonne. Les bénéfices de la méthode sont avérés et prouvés. Personnellement, l'entretien motivationnel a permis à François Bloede d'améliorer son sentiment d'efficacité personnelle. Le partage de l'expertise avec le patient lui a, de surcroît, permis de réduire son sentiment d'impuissance y compris face à de patients

difficiles. La démarche permet, à ce titre, de mieux gérer les tensions. Enfin, François Bloede a l'impression d'avoir gagné beaucoup de temps et d'énergie.

© **Le pharmacien d'officine**  
● **Mimoun Fredi,**  
*pharmacien d'officine, Orléans*

---

Mimoun Fredi profite de l'occasion pour remercier Dorothée Lecallier et Philippe Michaud, car ce sont eux qui lui ont donné l'envie de se former et d'utiliser l'entretien motivationnel ; une pratique dont il avoue être « tombé amoureux » il y a maintenant 6 ans. Cet outil lui a non seulement facilité la vie, mais lui a également permis de corriger un certain nombre de ses défauts, le principal ayant été que l'université lui a appris essentiellement à donner des ordres, rarement (voire jamais) à écouter.

#### ■ L'entretien motivationnel : Le salut des soignants

Les universités de pharmacie forment essentiellement des donneurs d'ordre. Si l'on veut avoir des professionnels de santé équilibrés et bien dans leur tête, il faudrait imposer l'enseignement de l'entretien motivationnel dès la deuxième année de pharmacie.

Un patient est avant tout un être humain. Or, encore aujourd'hui en 2015, les professionnels ont tendance à soigner une maladie et non pas des personnes. Un mal au ventre peut être le signe d'une angoisse ou d'une phobie. Lorsqu'il reçoit un patient, un soignant fait face à une personne avec une culture, une éducation et des capacités cognitives. Il doit donc adapter l'information qu'il va lui dispenser. Il faut se rapprocher de la représentation du patient, de ce qu'il va recevoir et de comment il va l'interpréter. Toute la difficulté réside donc dans la transmission du savoir.

Mimoun Fredi distingue trois formes du savoir : le savoir cognitif, le savoir-faire et le savoir-être. Ce dernier est le plus difficile à acquérir. Or, malheureusement, certains soignants ont tendance à croire aux miracles. Lorsqu'ils reçoivent un patient qui fume depuis trente ans, ils estiment qu'il peut facilement arrêter le tabac en six mois. Ce n'est donc pas un hasard si certains patients n'arrivent pas à adhérer aux traitements qu'on leur propose. Lorsque Mimoun Fredi reçoit une personne obèse, il lui propose de perdre 1 kg par mois. Si on lui demande de prendre 10 kg, il y a de grandes chances qu'il en reprenne 20 six mois plus tard. Les objectifs doivent être atteignables.

Un travail doit être fait pour changer la mentalité des soignants. L'entretien motivationnel, Mimoun Fredi en est convaincu, sera leur salut. Cette approche leur permettra de travailler en confiance avec leurs patients. Ce travail est particulièrement important en officine. Il est également plus complexe. Le patient, s'il est déçu, peut facilement changer de pharmacie.

Avant de pouvoir motiver les patients, il faut travailler sur la motivation des soignants. Ce sont ces derniers qui transmettent la motivation à leurs patients. Ils doivent « transpirer la motivation ». Mimoun Fredi admet qu'il lui arrive d'annuler des rendez-vous s'il se sent fatigué. Si l'entretien est mal tenu, s'il échoue, le patient est perdu.

Si peu de professionnels sont aujourd'hui formés à l'entretien motivationnel, c'est que la pratique (et son efficacité) est méconnue. Non seulement la formation universitaire n'est pas adaptée, mais beaucoup de patients estiment ne pas avoir le temps de se former. L'argument ne tient pas. « Les soignants ont le temps de se former, il faut juste qu'ils le prennent ». L'observance constitue aujourd'hui le nouveau « cheval de bataille » du système de soin. L'entretien motivationnel est aujourd'hui la meilleure approche pour comprendre les blocages et les peurs des patients ; pour comprendre ce qui empêche un patient de suivre son traitement.

Pour appuyer son propos, Mimoum Fredi diffuse l'enregistrement d'un entretien qu'il a tenu avec un patient souffrant de diabète.

 **La sage-femme**  
 **Alexandra Parienti,**  
*Sage-femme, Paris*

---

### La grossesse : un contexte propice à l'entretien motivationnel

Alexandra Parienti rappelle que, pendant la grossesse, un grand nombre de pratiques sont à risque, aussi bien pour la femme enceinte que pour le fœtus. Ainsi, les consommations de substances psychoactives peuvent entraîner des retards de croissance, des accouchements prématurés, des hématomes rétroplacentaires (pour le tabac), des syndromes l'alcoolisation fœtale (pour l'alcool) et des syndromes de sevrage néonatal. Tous ces risques imposent l'arrêt des consommations. Un ensemble de situations (diabète gestationnel, toxoplasmose, listériose) imposent un régime particulier afin de réduire les risques. Enfin, certaines situations pathologiques (comme les menaces d'accouchement prématuré) imposent une hospitalisation, le repos ou un arrêt de travail.

Alexandra Parienti insiste sur le mot « imposer ». Si la grossesse dure neuf mois, les risques sont immédiats. Souvent l'attitude des professionnels de la périnatalité, dont les sages-femmes, consiste à imposer fermement des conduites à tenir sous la forme de prescriptions, de conseils directifs, en adoptant le réflexe correcteur du soignant qui « sait ce qui est bon ou mauvais ». Certaines patientes peuvent avoir tendance à adopter une attitude contraire et augmenter leur résistance. On voit donc là, l'intérêt de l'entretien motivationnel qui, sans l'imposer, guiderait la patiente vers un changement qu'elle a décidé, ce qui est beaucoup plus bénéfique pour un changement réel de comportement.

La psychologie de la femme enceinte est spécifique. Portant dans son ventre un bébé en formation, les sentiments de culpabilité peuvent être énormes. De surcroît, elle subit le phénomène de la transparence psychique où on pourrait définir la partie inconsciente du psychisme comme un grand placard maintenu fermé. En début de grossesse, quel que soit le contexte, le placard s'ouvre, libérant tout ce qui avait été maintenu caché. Les ambivalences, dans le contexte de la grossesse, sont maximales. Les contradictions psychiques sont nombreuses et les femmes enceintes sont souvent irritables ou angoissées. On voit là encore la place que peut occuper l'entretien motivationnel, qui par son esprit empathique de non-jugement et d'écoute, permettrait de faire diminuer les sentiments de culpabilité ainsi que d'explorer et diminuer les ambivalences en faisant ressortir les motivations intrinsèques de la personne.

La sage-femme et une professionnelle de la périnatalité : Elle est en première ligne de la prévention primaire et secondaire chez la femme enceinte et en âge de procréer. Elle doit délivrer beaucoup d'informations, de conseils, conduites à tenir, et cela, dans un temps limité. L'empathie et l'écoute sont donc indispensables. Les résultats d'une récente étude ont montré que les étudiantes sages-femmes ayant reçu la formation de base à l'entretien motivationnel dans le cadre de l'étude FOSFEM adoptent face à leurs patientes une attitude empathique, de non-jugement, d'écoute et de collaboration.

Pour le mémoire du Diplôme d'état de sage-femme, Alexandra Parienti a étudié l'intérêt de l'entretien motivationnel dans le repérage des consommations de substances psychoactives pendant la grossesse en comparant un groupe recevant un interrogatoire classique (questions fermées) et un groupe recevant un questionnement sur un mode motivationnel (questions

ouvertes). Cette étude a montré que les approches motivationnelles permettaient un meilleur repérage de la consommation de tabac et d'alcool. Le groupe motivationnel a par ailleurs, obtenu beaucoup de discours-changement sur la forme d'un engagement.

#### ■ Deux situations cliniques

Mme F. se rend à sa première consultation de suivi de grossesse. Elle fumait 20 cigarettes par jour avant sa grossesse, et a diminué sa consommation à 10 cigarettes par jour. Elle a bénéficié d'un Entretien motivationnel bref qui lui a permis d'élaborer sur sa consommation, d'être informée des risques qu'elle ne connaissait pas et d'émettre le souhait de diminuer davantage sa consommation. Afin de parvenir à ce changement qu'elle a décidé, elle s'engage à consulter la tabacologue de la maternité qui pourra l'aider dans sa démarche.

Mme C. est enceinte de son quatrième enfant. Elle est au chômage. Elle est suivie par des assistantes sociales et des psychologues. Pendant la grossesse elle a déclaré des consommations de cannabis et d'alcool de temps en temps et une dizaine de cigarettes par jour. Sa grossesse a été marquée par une hospitalisation en service de grossesse à haut risque pour une menace d'accouchement prématuré. En suites de couche, il a été question d'un placement de l'enfant, car elle refusait la proposition d'un accompagnement. Les assistantes sociales, la psychologue et les sages femmes (différentes chaque jour) ont abordé ses consommations de cannabis et de tabac. Elle niait complètement sa consommation de cannabis après avoir été surprise à plusieurs reprises en bas de la maternité à fumer des joints. Elle refusait de voir l'équipe de tabacologues, car elle estimait de ne pas avoir besoin de gens qui lui disent qu'elle doit arrêter de fumer. Elle estimait par ailleurs pouvoir arrêter du jour au lendemain. L'entretien motivationnel aurait eu un effet particulièrement positif dans cette situation. Malheureusement, la patiente n'a pas pu en bénéficier.

#### ● Questions de la salle

Une intervenante indique qu'elle n'aurait pas pu participer à ces deux journées si le colloque avait été payant. L'hôpital dans lequel elle travaille n'aurait jamais accepté de payer des frais d'inscription. La formation, souligne-t-elle, est un luxe.

Anne Borgne confirme que de nombreuses personnes n'ont pas pu assister à ces journées parce que leurs établissements refusaient de leur accorder deux jours de formation. Le RESPADD fera remonter la remarque (c'est d'ailleurs son rôle en tant que réseau). Ces deux journées, rappelle-t-elle, sont soutenues financièrement par la DGS et les coûts de ces journées sont supportés par le Ministère de la Santé, ce qu'Anne Borgne voit comme un signe positif.

Dorothée Lecallier rappelle que les formations, notamment en entretien motivationnel, sont particulièrement onéreuses. Présenter rapidement 25 diapositives sur un écran serait insuffisant. Pour être fonctionnelles, les formations exigent des exercices pratiques, des mises en situation, de l'interactivité. Il a d'ailleurs été démontré que les deux jours de formation proposés aujourd'hui par l'AFDEM étaient insuffisants et il est prévu de passer les sessions à trois jours.

## VENDREDI 26 JUIN

### INTRODUCTION

● Jacques Dumont, Infirmier en santé publique

---

Jacques Dumont remercie l'ensemble des participants. La journée d'hier, souligne-t-il, a été particulièrement intéressante. Elle a permis, notamment, de prouver que l'entretien motivationnel n'était ni une religion ni une secte. Dans le même temps, il y a un ensemble de critères de qualité qu'il est important si l'on veut respecter l'esprit de la démarche.

Jacques Dumont avait envie de partager avec la salle une expérience personnelle ; le fruit de sa pratique de l'addictologie et de l'entretien motivationnel. Il y a 6 ans, il a reçu en consultation en tabacologie (un vendredi en fin de journée) une femme présentant un surpoids. Elle lui déclare instantanément qu'elle souhaite arrêter de fumer. Au fil, de la conversation, Jacques Dumont découvre qu'elle est maniaco-dépressive et qu'elle souffre, au-delà de son obésité, d'un problème de dépendance à l'alcool. Il a failli baisser les bras, estimant que la situation était bien trop difficile à gérer. Mais il s'est ressaisi. Abandonnant son premier réflexe, il a décidé de faire confiance dans la capacité de cette dame à changer de comportement. Cette dame, six ans après cette première consultation, a réussi à de très nombreuses reprises à arrêter sa consommation de tabac (pendant des périodes parfois très longues). Elle a arrêté de boire depuis plusieurs mois. Elle a repris le chant et la natation. Elle a perdu du poids. Ce témoignage apporte la preuve que la confiance que l'on peut accorder à une personne est fondamentale dans l'entretien motivationnel.

## TABLE RONDE : RENFORCER LES COMPÉTENCES DANS LA COMMUNAUTÉ

**Discutant : Jacques Dumont**, Infirmier en santé publique, Hôpital Érasme de l'Université Libre de Bruxelles, Belgique

📍 **Programme de prévention « Unplugged »**  
● **Nady Sfeir**  
Beyrouth, Liban

Nady Sfeir est franco-libanais. En d'autres termes, il se considère comme « un vrai Libanais » et un « faux Français ». La frontière entre « vrai » et « faux » est floue.

La relation entre la France et le Liban, on a tendance à l'oublier, est très forte. La France est, depuis 100 ans, la protectrice du Liban, notamment des maronites. En effet, ces derniers ont envisagé de s'allier à la France pendant la Première Guerre mondiale pour combattre l'Empire turc. Le Sultan ayant été informé de ce plan, il déclara qu'il exterminerait « les Arméniens par le fer » et qu'il « exterminerait les maronites par la faim ». On estime que 40 % de la population libanaise est décédée de la famine. Au lendemain de la guerre, le Liban était détruit et ce fut la France qui vint à son secours pour aider le pays à se reconstruire. Le système français a donc été adopté. Le père de Nady Sfeir aimait à rappeler à sa famille que son premier livre d'histoire s'intitulait : « Nos ancêtres, les Gaulois ». Il est d'ailleurs devenu professeur de littérature française. Nady Sfeir est donc devenu Français. « Mon père a aimé la littérature française, j'ai aimé la France ». Son cœur balance entre ses ancêtres les Gaulois et ses ancêtres les Phéniciens. Il ne faut d'ailleurs pas oublier qu'il y a 3 000 ans, Cadmos quitta sa ville natale de Tyr pour retrouver sa sœur Europe, enlevée par Zeus. À son arrivée en Grèce, Cadmos enseigna aux Grecs l'alphabet phénicien.

Nady Sfeir a été invité aujourd'hui pour présenter le programme « Unplugged ». Mais, il souhaite, en préambule, présenter les fondements de la prévention. Il propose à l'assemblée un « Alphabet de la prévention ».

📄 **A pour Avenir.** Quel avenir souhaitez-vous à vos enfants ? On souhaite tous un meilleur avenir pour nos enfants. Malheureusement, la réalité est abrupte. Connaît-on vraiment les enfants ? Que savons-nous de leur vie ? Les résultats des récentes études réalisées en milieu scolaire sont dramatiques.

📄 **B pour Bravo.** En quoi la France occupe-t-elle une position de leader dans le monde ? Nady Sfeir est convaincu que la France est la conscience du monde. Toutefois, elle accumule un certain retard en matière de prévention. Nady Sfeir a appris tout ce qu'il sait de la prévention en France. Quand est-ce que la France va enfin se décider à pratiquer ce qu'elle sait faire ?

📄 **C pour Cessez de faire n'importe quoi.** Il y a de cela quelques années, Nady Sfeir est intervenu dans un établissement scolaire libanais. Une organisation française avait mis en place un programme de prévention. Or, il a pu constater que le programme en question consistait en fait à déployer au sein de l'établissement une armée de policiers déguisés en assistantes sociales. Le programme que Nady Sfeir s'était employé à déployer méthodiquement depuis plusieurs années avait été détruit.

📄 **D pour Drogues.** Les études montrent que pour déployer un programme de prévention efficace, il faut mettre la drogue de côté. Il ne suffit pas de parler de la drogue avec les jeunes pour faire de la prévention. Encore faut-il que les jeunes disposent des ressources nécessaires et acquièrent des compétences psychosociales pour vivre sans avoir recours à la drogue.

■ **E pour Éducation.** L'acquisition de compétences psychosociales (ou compétences de vie) passe par l'éducation. Malheureusement, le système scolaire n'éduque pas les enfants, il les instruit. Nombreux sont ceux qui se plaignent de la violence qui règne dans les lycées et collèges. Mais où avons-nous appris aux enfants à parler aux professeurs ? Où avons-nous appris aux professeurs à parler aux enfants ? Les sujets passent de mode. Une année, c'est la drogue, l'année suivante c'est la violence. Les budgets glissent d'une problématique à l'autre. Rien ne sert de traiter de telle ou telle problématique, il faut revenir au fondement, à savoir l'éducation. L'instruction a été mise en avant, car on a cru, pendant longtemps, que les diplômés étaient un gage de bonheur. Le Q.I. n'est pas un passeport de réussite et d'épanouissement dans la société. Les plus intelligents ne sont pas toujours les plus épanouis, bien au contraire. Ceux qui réussissent le mieux en entreprise sont ceux qui savent travailler collectivement, prendre des décisions, gérer leur stress.

■ **F pour Formation.** Les professeurs sont des spécialistes dans leurs domaines, mais ils sont analphabètes en matière de communication. L'éducation, en France, a 100 ans de retard. Nady Sfeir s'est donné pour mission de former les professeurs à l'éducation. Il demeure toujours convaincu que le métier d'enseignant est le plus beau métier du monde. Pourtant, on constate, en France, un fort taux de dépression au sein du corps enseignant. On croit aujourd'hui que le professeur a pour principale mission de contrôler les enfants. La prévention s'inscrit dans une logique de peur et de contrôle. Peut-on réellement penser qu'il est possible de contrôler les jeunes ? Nady Sfeir en doute.

■ **U pour Unplugged.** Le programme a été créé conjointement par la Belgique et l'Italie. Il est ciblé sur la prévention des drogues. Construit autour de 12 séances, il cible les « compétences de vie ». Le programme a pour avantage de ne pas faire peur aux établissements scolaires qui l'accueillent facilement. Nady Sfeir insiste sur le fait que la réussite d'un tel programme repose essentiellement sur la formation des animateurs.

© **Soutien à la parentalité. Implantation et adaptation du programme Strengthening Families Program**

● **Corinne Roherig**

Médecin, CODES 06, France

Le programme SFP (Strengthening families program) est un programme éducatif familial construit par Karol Kumpfer dans les années 80. Initialement, il était destiné aux familles de toxicomanes et visait à éviter la reproduction des comportements toxicomaniaques par les enfants. 30 ans et 151 études évaluatives plus tard, le programme est désormais implanté aussi bien au sein des populations à risque qu'au sein de la population générale. Présent dans 35 pays, il est adapté dans des pays aussi différents que la Chine, l'Australie, l'Espagne et aujourd'hui en France.

SFP est un « programme basé sur les données probantes ». C'est un programme basé sur des méthodes interactives et expérientielles dont la durée est supérieure à 20 heures par an. Une des forces de ce type de programmes est de s'adresser à la fois aux parents et aux enfants, et de mobiliser largement l'environnement des familles. Ils s'appuient sur des concepts clairs et accessibles aux autres chercheurs qui souhaitent s'y intéresser et sont évalués par des équipes indépendantes.

Le programme SFP augmente la résilience familiale en agissant sur les facteurs de protection. Il aide les parents à augmenter l'attention positive qu'ils portent à leur enfant et à prioriser leurs objectifs éducatifs (et à les exprimer de manière efficace). Les parents sont conduits à réguler leur stress et prendre en compte aussi bien leurs propres émotions que celles de leurs enfants. Le programme renforce par ailleurs le sentiment d'exemplarité des parents (les enfants ne font pas ce qu'on leur dit, mais ce qu'on leur fait) et les amène à mettre en place une supervision parentale régulière ainsi qu'une discipline non violente adaptée et constructive.

Les résultats généraux du programme mettent en évidence l'ensemble des éléments susmentionnés. Le SFP n'agit pas uniquement sur les conduites à risques puisqu'il augmente la confiance en soi et le sentiment d'efficacité parentale, améliore la communication entre parents, diminue le stress lié à l'éducation d'un enfant, la dépression chez les enfants, il augmente la coopération intrafamiliale, les compétences sociales et les résultats scolaires. Il diminue les troubles du comportement, la dépression. Il permet, chez les parents comme chez les enfants, de diminuer les consommations d'alcool et de produits psychoactifs.

S'agissant de la méthodologie, l'inscription par les parents au programme SFP est volontaire. Le programme dure 14 semaines, à raison d'une session de deux heures par semaine qui réunit les parents et les enfants. Pendant la première heure de chaque session, le groupe des parents est encadré par deux personnes qui valorisent les compétences parentales tandis que deux animateurs valorisent parallèlement les compétences psychosociales auprès des enfants. Lors de la deuxième heure, la famille est réunie pour travailler plus spécifiquement sur le lien et la communication intrafamiliale. Des sessions de renforcement sont prévues à 6 et 12 mois après le programme. Les ateliers SFP sont guidés par 4 animateurs bénéficiant d'une formation spécifique. Ils participent à l'évaluation du programme.

#### ■ L'adaptation française du SFP

L'adaptation française du programme s'est faite en deux temps. Une première implantation a été réalisée à Mouans-Sartoux (Alpes Maritimes) pour tester l'acceptabilité et la faisabilité du programme en France. 13 familles se sont inscrites à ce premier programme dont l'évaluation a été réalisée par Karol Kumpfer elle-même. Face à la réussite de ce programme, l'INPES a souhaité élargir l'expérience à des quartiers plus difficiles. Le programme SFP a donc été implanté dans deux quartiers de Mouans-Sartoux et dans deux quartiers prioritaires des villes de Carros et de Grasse.

La mise en place du programme a exigé également une adaptation culturelle afin de le décliner selon les normes, valeurs, coutumes et modes de vie en France :

- Aucune incitation financière n'était prévue pour faire venir et maintenir les familles dans le programme.
- Le nom du programme – Programme de soutien aux familles et à la parentalité – a été choisi par les familles elles-mêmes. Elles estimaient qu'il traduisait l'impact qu'il avait eu sur leur exercice de la parentalité.
- Tous les supports d'animation ont été réécrits. Des exemples sur la thématique du système scolaire (absente du programme américain) ainsi que sur la gestion familiale des écrans ont été rajoutés
- Un DVD a été réalisé. Il servira de support pour animer les sessions et constitue un outil d'appropriation des recommandations du programme SFP pour les familles.
- La formation des animateurs a été renforcée et son contenu a été étoffé (la parentalité, la résilience).

L'adaptation contextuelle du programme respecte l'organisation territoriale et les politiques publiques. Il a été construit en étroite collaboration avec les villes (le territoire d'implantation qui semblait le plus naturel).

#### ■ Des premiers résultats très encourageants

Les résultats de l'évaluation témoignent d'une progression des moyennes des compétences parentales de l'ordre de 40 % et des compétences psychosociales des enfants de 21 %. La fidélité au programme est satisfaisante puisque 86 % des activités ont été complétées et que l'assiduité des familles s'élève à 84 %.

Au regard de ces résultats, la validité de l'adaptation française du programme et sa transférabilité ont été validées. Un déploiement national, soutenu par l'INPES, est prévu en 2015-2016 dans 12 sites d'implantation.

#### ■ Les compétences parentales.

Corinne Roherig souhaite revenir plus en détail sur la notion de compétences parentales. Ces compétences sont les suivantes :

- Augmentation de l'attention positive à l'enfant
- Communication, formulation des attentes
- Gestion du stress
- Résolution de problèmes
- Mise en place d'une discipline non violente, progressive et adaptée
- Organisation du temps familial

Cette notion de compétence ne doit pas être confondue avec celle de performance. La construction des compétences a fait l'objet d'études dans deux champs théoriques. Le constructivisme montre que la compétence acquise n'est pas une copie, mais que le sujet fait le lien entre ses expériences passées et actuelles pour co-construire la compétence. Selon la théorie de l'apprentissage sociale (mise en évidence dans les programmes SFP) montre que l'acquisition des compétences se fait au travers de l'histoire de la personne, mais également en fonction de son environnement. Facteurs cognitifs, facteurs personnels et environnement interagissent ainsi de façon déterminante les uns sur les autres. La compétence, d'un point de vue pédagogique, est un ensemble de savoirs, savoir-faire et savoir-être qui permet d'exercer un rôle, une fonction ou une activité.

Ces différentes définitions soulignent la place de l'interaction dans l'acquisition de compétences. Dans les ateliers du programme, les animateurs discutent avec les parents, leur proposent des activités ou des jeux de rôle, mais surtout, ils vont mettre en scène des comportements. Le parent va observer ce comportement qui est censé lui faciliter la vie. Il voit une personne qui lui ressemble (un parent comme lui) qui a mis en place ce comportement et qui a réussi. Le parent peut alors l'expérimenter seul chez lui ou accompagné par les animateurs. S'il réussit, son sentiment d'efficacité personnelle augmentera et il expérimentera plus facilement de nouvelles pratiques éducatives.

Les compétences doivent, par ailleurs, être décomposées. Ainsi, à titre d'exemple, l'objectif de développer une attention positive à l'enfant peut être décomposé en plusieurs sous-objectifs. Ainsi, des animations spécifiques peuvent être proposées pendant l'atelier :

- Jouer au jeu d'enfant. Le parent arrête toute activité pour accorder une attention exclusive à son enfant. Il identifie, pendant le jeu, les qualités qu'il aime chez son enfant pour les lui exprimer.
- Encourager l'enfant. Le parent ne doit pas se concentrer sur les problèmes, mais doit identifier et valoriser les comportements qui lui semblent « appropriés » chez son enfant. Le parent le fera avec des mots complices, personnalisés et au travers d'activités partagées et choisies avec l'enfant.
- Pratiquer l'écoute active. Le parent doit tenir compte de la communication non verbale et tenir compte de ses émotions.

Bien évidemment, la qualité de l'animation demeure essentielle. Pour assurer cette qualité, une réflexion préalable doit être conduite avec les animateurs sur leurs représentations personnelles : qui suis-je pour pouvoir travailler dans un programme de soutien à la parentalité, quel sera mon rôle ? Les animateurs doivent pouvoir bénéficier d'un environnement bienveillant et encourageant. Des sessions de formation doivent leur être proposées pour

développer leurs qualités d'observation (pour percevoir les réactions des parents aux différentes activités). Enfin, l'animateur doit veiller au vocabulaire qu'il emploiera pendant les sessions. Ainsi, si un parent semble éprouver des difficultés pendant un jeu de rôle, l'animateur doit éviter de lui dire : « non, c'est comme ça qu'il faut faire ». Il doit valoriser le parent et l'encourager : « c'est un bon résultat, mais peut-être qu'en ajoutant ça ce serait encore mieux ».

Pour devenir un tuteur de la résilience, l'animateur doit :

- Manifester de l'empathie
- Offrir un cadre sécurisant
- S'intéresser prioritairement aux côtés positifs
- Rester modeste
- Garder espoir malgré les échecs apparents
- Respecter la vitesse de chacun dans son parcours de résilience

En conclusion, Corinne Roherig rappelle que seul un soutien « bientraitant » à la parentalité peut favoriser une parentalité « bientraitante ».

---

### ● Questions de la salle

Jacques Dumont note que si le mot « entretien motivationnel » n'a jamais été prononcé, la démarche n'en demeure pas moins sous-jacente au projet.

Une intervenante, infirmière, fait observer que le programme présenté met l'accent sur la notion de valorisation. Malheureusement, contrairement aux Etats-Unis, la valorisation n'est pas le point fort des Français. Elle ne fait pas partie de sa culture.

Corinne Roherig estime que la France a fait des progrès dans le domaine. Dans les années 90, lorsqu'elle osait parler d'estime de soi on lui demandait à quelle secte elle appartenait. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Nous sommes sur la bonne voie.

### 🕒 Les amis : « ennemis ou alliés » pour la prévention des jeunes

● Cécile Bazillier

Psychologue, Université Paris-Ouest-Nanterre-la Défense

---

« *Un ami double les joies et réduit de moitié les peines* ». Francis Bacon

Pour un enfant de moins de douze ans, des amis sont des personnes qui vont entretenir des comportements prosociaux. Ils s'entraident, ils sont heureux pour le succès de leurs amis et les encouragent en cas d'échec. Les adultes ont pratiquement les mêmes caractéristiques pour définir l'amitié. L'adolescent, quant à lui, met l'accent sur des caractéristiques spécifiques à cet âge. Un ami est une personne à qui l'on peut tout dire. Il est loyal et on peut lui exposer ses sentiments.

Avoir des amis (et ceci, à n'importe quel âge) est donc un facteur positif. C'est un signe de compétence sociale. Les amitiés de haute qualité améliorent l'estime de soi, l'ajustement social et augmentent la capacité à faire face à des éléments stressants

■ Qui se ressemble s'assemble.

Lorsqu'on regarde les groupes de jeunes dans la rue, on voit bien qu'ils partagent un même style vestimentaire et qu'ils écoutent la même musique. Les études montrent que les

personnes au sein d'un groupe sont similaires, se ressemblent. Ceci est encore plus vrai avec les adolescents. Or, ce mimétisme n'est pas sans effets sur l'adoption de comportements à risques.

Concernant le tabac, les études montrent qu'un adolescent a plus de chance d'être fumeur lorsqu'il a un ami fumeur. Le risque est encore plus grand quand il a plusieurs amis qui fument. Cela est aussi vrai pour les non-fumeurs qui ont tendance à se regrouper entre eux. Les études soulignent également un lien statistique plus fort entre le tabagisme des amis et celui de l'adolescent qu'entre le tabagisme des parents et celui de l'adolescent.

Comment expliquer cette similarité entre amis ? Les personnes choisissent leurs amis en fonction de critères spécifiques. Au début de l'adolescence, le statut tabagique semble être un facteur de sélection important. Le fait qu'une personne soit fumeuse peut donc jouer dans la décision d'un adolescent de se lier d'amitié avec elle. De surcroît, à force de se côtoyer, ou par des pressions explicites, les personnes d'un groupe amical vont devenir de plus en plus similaires. Au cours de l'adolescence, l'influence semble prendre le devant sur la sélection. Dans les faits, lorsqu'on interroge les adolescents ou les enfants on s'aperçoit que les pressions pour fumer sont très rares. Elles existent, mais elles ne sont pas centrales dans la décision de fumer. La consommation de tabac ne serait pas due uniquement à des pressions sociales explicites, mais à une volonté de se conformer aux normes du groupe.

Pourtant, les enfants isolés sont encore plus à risques de devenir fumeurs que ceux qui entretiennent des amitiés réciproques. Être isolé provoque du stress et de l'ennui. Mais, bien souvent, les enfants isolés ne le sont pas vraiment et ont des cercles amicaux en dehors de l'école. Or, ces cercles (souvent composés d'amis plus âgés) sont réputés pour avoir des comportements plus risqués. À l'autre extrême, des études montrent que les adolescents populaires (qui ont donc beaucoup d'amis) ont plus de comportements à risques.

#### ■ Les fausses croyances

Lorsqu'on interroge un enfant ou un adolescent sur le tabac, il n'hésite pas à affirmer que « tous les jeunes fument ». Or, selon l'INPES, 11 % des élèves fument au collège, 39 % au lycée, et 42 % dans l'enseignement supérieur. Ces chiffres sont certes élevés, mais ils ne représentent pas la majorité des jeunes. Pourtant, les adolescents surestiment largement ces chiffres que ce soit pour leur catégorie d'âge ou les catégories supérieures. Ainsi, les collégiens estiment à 90 % le nombre de lycéens fumeurs.

#### ■ Quelques pistes de prévention

Cécile Bazillier a une vision plutôt positive de l'amitié. Elle est persuadée, à ce titre, qu'on peut utiliser cette amitié (les compétences que l'on a développées grâce à l'amitié) dans le cadre de la prévention. Les programmes de prévention par ou avec les pairs ont ainsi fait souvent preuve de leur efficacité. Certaines méta-analyses prouvent même que la prévention par les pairs est plus efficace que la prévention par les adultes.

## TABLE RONDE : DIFFUSER LES PRATIQUES AU SEIN DES RÉSEAUX

**Discutant : Nicolas Bonnet**, pharmacien spécialisé en santé publique, Directeur du RESPADD

📍 **Programme de formation à l'entretien motivationnel à destination des infirmiers(ères) et des personnels de CJC en région Rhône-Alpes**

👤 **Anne-Cécile Cornibert**  
Chargée de projets, RESPADD

Anne-Cécile Cornibert se propose de présenter le programme formation conjointe à l'utilisation de la DEP-ADO et à l'approche motivationnelle des infirmiers(ères) scolaires et des intervenants spécialisés dans les Consultations jeunes consommateurs (CJC) au sein des CSAPA. Programme multipartenarial, il a été porté par le RESPADD et l'IPPSA. Financé par l'ARS Rhône-Alpes, il a, par ailleurs, mobilisé l'expertise de l'AFDEM ainsi que le concours de la FA et du rectorat de l'Académie de Lyon.

### 📄 Les grandes lignes du programme

L'intitulé du programme est assez long : « *formation conjointe d'un groupe d'infirmiers(ères) scolaires et d'intervenants CJC à l'entretien motivationnel, au repérage par la DEP-ADO et à l'accompagnement vers la capacité de co-formateur* ». Cet intitulé exprime bien à la fois l'audace et la relative complexité du processus.

Ce projet trouve son origine dans les rencontres et les échanges interprofessionnels notamment lors des journées régionales CJC organisées par la Fédération Addiction et aussi des Journées régionales organisées par le RESPADD à l'attention des infirmières. Il s'inscrit également dans le projet de renforcement des CJC mis en place par l'IPPSA dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2008-2011. Anne-Cécile Cornibert indique que selon la dernière étude menée par Ivana Obradovich, les jeunes fréquentant les CJC aiguillés par l'Éducation nationale sont deux fois plus nombreux aujourd'hui qu'ils ne l'étaient en 2007. Ce vecteur de recrutement s'est donc développé et on est en droit d'y voir un signal particulièrement encourageant pour des programmes comme celui qui est mené ici.

Ces journées démontrent à quel point l'Entretien motivationnel peut se révéler pertinent dans un nombre important de situations. L'intérêt de l'approche motivationnelle auprès des jeunes a été testé le plus souvent dans le cadre de recherches-actions et d'études pilote à petite échelle, qui laissent entrevoir une efficacité certaine sur l'observance thérapeutique en contexte de maladies chroniques, pour les problématiques d'obésité, les usages de cannabis. Pour un aperçu de ces applications possibles, Anne-Cécile Cornibert invite les participants à consulter l'ouvrage « L'entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes » qui présente l'esprit et les outils de la démarche tout en consacrant une large part à des expérimentations prometteuses dans différents domaines d'intervention avec une méthodologie détaillée (interventions familiales, réduction du risque sexuel, troubles du comportement alimentaire).

Anne-Cécile Cornibert propose la définition suivante d'un programme pilote : « Un programme est un ensemble cohérent, organisé et structuré d'objectifs, de moyens et de personnes qui

l'animent. Il se justifie sur la base de besoins définis comme une carence ou un manque qui affecte les individus, une collectivité ou une société. Il est sous le contrôle d'une ou plusieurs personnes responsables de la qualité de sa formulation et de son fonctionnement. Il est mis en place pour transformer une chose ou l'état d'une chose ». Les parties prenantes sont intervenues et ont agi à des échelles de contrôle différentes, ce qui a ajouté de la complexité et de l'aléatoire dans la mise en œuvre du programme. Ce qu'il est important de concevoir, c'est que ce ne sont pas les mêmes protagonistes qui ont pensé le programme, construit la stratégie pédagogique et recruté/sollicité/convié les participants. Enfin, ce programme portait bel et bien une ambition de transformation. Il est important de prendre acte de cette dimension de transformation puisqu'il faut être prêt à l'accueillir et parce qu'elle affecte toutes les parties prenantes, de près ou de loin. En l'occurrence, c'est une approche, des manières de faire et des manières d'être et de travailler ensemble qui se transforment ici.

### ■ La stratégie pédagogique.

La stratégie pédagogique est inscrite au cœur de ce programme. Comment se transmet l'entretien motivationnel ? Il s'agit d'une forme d'apprentissage par paliers avec une dominante pratique :

**En présentiel** (recherche appliquée, mise en situation, exercices en groupes, simulations). Les aspects techniques de l'entretien motivationnel (écoute réflexive, résumés, questions ouvertes, valoriser, séquences demander-fournir-demander) sont approfondis sur un mode ludique qui vise à une intégration accélérée des réflexes de l'approche.

**À distance** (jeux de rôle, intervision et supervision). Comment améliorer son dialogue avec le jeune ? Comment dépasser une impasse discursive ? Repérer les situations où l'entretien motivationnel est particulièrement pertinent et d'autres où il ne l'est pas ?

**En présentiel et en quasi-autonomie** (co-formation sur trois jours en binôme accompagné par un formateur expert). La formation touche un vivier de professionnels CJC et IDE et vise à l'acquisition des compétences requises pour devenir co-formateur à l'entretien motivationnel.

Un processus a été mis en place pour évaluer le programme. À court terme, il s'agit d'évaluer le programme en lui-même :

Le programme parvient-il réellement à améliorer les attitudes, les manières d'être et les habiletés des intervenants ?

Dans la mesure où cette amélioration est observable, comment se maintient-elle dans le temps ?

Quels sont les outils les mieux assimilés par les néoformateurs ?

Comment encourager les communautés de pratiques ?

Quels sont les facteurs ajustables susceptibles d'améliorer la formation ?

À plus long terme, concernant l'acquisition des compétences, si on admet que l'un des objectifs du programme vise à rendre les jeunes plus autonomes, plus responsables et à renforcer leur pouvoir d'agir sur leurs déterminants de santé, on peut dégager 4 enjeux et 4 attitudes qui devront avoir été améliorées à l'issue du programme :

- Repérer (avec la DEP-ADO notamment) : Plus globalement, il s'agit de connaître le jeune et reconnaître si et quand sa situation requiert une intervention spécifique.
- Informer : répondre aux requêtes des jeunes, les entendre et apporter les informations souhaitées.
- Orienter : certains jeunes devront chercher un soutien auprès d'autres intervenants. L'IDE ou l'intervenant CJC qui joueront ce rôle d'intermédiaires

- ▣ Responsabiliser : faire en sorte que le jeune soit capable de prendre les décisions qui le concernent en toute connaissance de cause. C'est ce à quoi doivent aboutir idéalement les phases de focalisation, évocation et planification.

La question de la transposabilité est délicate, mais elle doit être posée. Si l'on veut s'efforcer de rendre un tel projet possible et en faire une réussite, il faut veiller à assurer aux participants les conditions les plus optimales. Ainsi, dans l'idéal, tous les néoformateurs sont volontaires et ont fait acte de candidature. Ils sont acquis au projet. Ses intérêts, à titre professionnel et personnel, ne font pas question et ils ont été informés en amont de ce que l'on attend de ce programme et de ce qu'ils y gagneront. À cet égard, les entretiens ont pu mettre en évidence notamment le souhait d'être dès l'origine parties prenantes de la construction du programme et d'être introduits à la stratégie plus globale qui sous-tend ce programme et qui a trait au statut des CJC et des infirmeries scolaires dans le maillage territorial et à leurs rôles respectifs et complémentaires.

Par ailleurs, l'implication personnelle, notamment en termes de temps de travail et y compris hors des heures dédiées à son activité, est connue et acceptée. Une stratégie de déploiement sur le moyen terme a été définie et annoncée. C'est cette dynamique qui décide de la réceptivité des néoformateurs, de leur enthousiasme et facilite l'intégration des savoir-être et savoir-faire.

Autant dire que si ces conditions ne sont pas rassemblées, que ce soit au début de la formation ou plus tard quand les binômes doivent être fonctionnels, le programme et la dynamique de groupe en pâtiront. L'entretien motivationnel et son apprentissage sont malgré tout une petite révolution à laquelle il faut être préparé.

En conclusion, Anne Cécile Cornibert rappelle que l'entretien motivationnel constitue un atout considérable pour faciliter le dialogue auprès des jeunes adultes.

### 📍 Valoriser l'approche motivationnelle au sein d'un réseau au Québec

● Rachel Green

Psychologue, psychothérapeute, Québec

En guise d'introduction, Rachel Green précise que le terme « addictologie » n'est pas utilisé au Québec. On lui préfère le terme « dépendance ». Le réseau de santé au Québec peut être réparti en plusieurs niveaux.

Au premier niveau, on trouve le ministère de la Santé et des Services Sociaux :

- ▣ La majorité des services de santé et de services sociaux est confiée soit à un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou à un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS).
- ▣ Le deuxième niveau regroupe les cliniques publiques, les centres locaux de services communautaires (CLSC), ainsi que les services spécialisés dans les centres de réadaptation (qui peuvent être soit publics, soit privés).
- ▣ Enfin, le troisième niveau regroupe les établissements hospitaliers spécialisés (les Instituts universitaires en santé mentale, par exemple)

Une certaine confusion règne sur le terme même d'entretien motivationnel au Québec. En effet, il y a quelques années, l'Institut national de santé publique a publié un livre sur l'approche motivationnelle. Cette publication n'intégrait que quelques aspects de l'entretien motivationnel, lesquels étaient souvent confondus avec d'autres approches. Cette confusion constitue, selon

Rachel Green, une des principales faiblesses du réseau de santé. Pour illustrer son propos, elle prend pour exemple la récente étude dite PROMOVAC (l'entretien motivationnel comme stratégie de promotion de la vaccination). Les objectifs du projet sont louables puisqu'il entend proposer une stratégie précoce de promotion de la vaccination auprès des parents. Les résultats sont encourageants : sur les 1 200 familles faisant partie de l'étude, le taux d'intention de vaccination chez les parents a augmenté significativement de 75 % à 87 %. Toutefois, à la lecture du rapport, Rachel Green a constaté que les organisateurs du projet n'ont pas utilisé l'entretien motivationnel en tant que tel. Leur approche, certes motivationnelle, reposait essentiellement sur le modèle théorique des stades du changement.

Dans le deuxième niveau, la plupart des intervenants des centres de réadaptation publics sont formés à l'entretien motivationnel. Malheureusement, la supervision est très rare. Cette rareté est la conséquence des contraintes budgétaires auxquelles font face les centres. Sur ce point, Rachel Green est favorable à une démarche plus proactive qui consiste à organiser des cercles de pratiques. Dans les centres privés, en revanche, l'approche utilisée est souvent celle dite des « 12 étapes ». Or, cette méthode est assez éloignée de l'entretien motivationnel. Enfin, si certains centres disent utiliser l'entretien motivationnel (c'est tout du moins ce qu'ils affichent), la qualité de la démarche n'est pas vérifiée.

Dans le troisième niveau, certains hôpitaux privilégient l'entretien motivationnel. Les Instituts de santé mentale déploient un grand nombre d'initiatives dans le domaine. Rachel Green évoque le très beau projet de l'Institut national de santé publique du Québec (supervisé par Patrick Berthiaume) qui intègre aussi bien la supervision que la formation des intervenants et des formateurs. Un projet similaire a été lancé à Montréal à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, mais il a malheureusement été suspendu.

L'approche de l'entretien motivationnel est quelque peu « éparpillée » dans le secteur de la santé. Plusieurs types de formation sont proposés, et ceci, à tous les niveaux. Quelques cours sont offerts dans le cadre de l'enseignement en toxicomanie à l'Université de Sherbrooke et à l'Université de Montréal. Contrairement aux États-Unis, l'entretien motivationnel n'est pas ancré dans les cours académiques. Le Québec dispose de plusieurs formateurs de l'AFDEM. Or ces derniers quittent rarement leurs centres et n'offrent que très rarement des formations à l'extérieur. Des formateurs non affiliés offrent également leurs services, mais la qualité des formations qu'ils proposent laisse souvent à désirer. Un médecin, que Rachel Green ne nommera pas, prétend pouvoir former les gens à la motivation en 3 minutes ! Un autre intervenant propose des formations à des groupes de cinquante personnes...

En conclusion, Rachel Green présente les prochaines étapes du développement de l'entretien motivationnel au Québec :

- Offrir des formations à l'entretien motivationnel dans les départements universitaires de santé, de santé mentale et de dépendance. ;
- Développer l'entretien motivationnel dans le milieu carcéral ;
- Ouvrir l'entretien motivationnel à d'autres champs : cardiologie, diabète, prénatal ;
- Développer l'entretien motivationnel dans le système éducatif. Rachel Green est intervenue récemment pour former des conseillers en orientation à l'Université de Laval.

## 🕒 Freiner l'entrée dans l'injection : Change le programme

👤 Philippe Michaud  
Président de l'IPPSA

### 📌 Le programme Break the cycle

Break the cycle est un programme d'origine britannique qui s'adresse aux usagers injecteurs potentiellement initiateurs pour les aider à faire face aux demandes d'aide à s'injecter pour la première fois. Le projet part du principe que le réseau social et les autres usagers de drogues de l'entourage comptent parmi les facteurs les plus influents du passage à l'injection. Break the cycle est donc un programme pour rompre le cycle de l'injection dont l'objectif est de faire baisser le nombre d'initiations à l'injection, ou à défaut de les retarder et de les sécuriser.

Le programme britannique a été créé par Neil Hunt, un activiste de la réduction des risques, lui-même injecteur de drogues. Il vise la réduction du nombre de nouveaux injecteurs, du nombre de décès par surdose, et du nombre d'infections virales. On sait que la lutte contre l'hépatite C chez les usagers de drogues (tout particulièrement chez les usagers de drogues par voie intraveineuse) est aujourd'hui un défi majeur pour les acteurs de la prévention et de la réduction des risques.

Break the cycle s'appuyait sur l'intuition que la plupart des injecteurs regrettaient leur passage à l'acte et le programme a pour objectif d'encourager des changements de comportements chez les injecteurs de drogues pour réduire le risque de passage à l'injection chez les non-injecteurs :

- 📌 Ne pas s'injecter devant des non-injecteurs
- 📌 Ne pas promouvoir l'injection par exposition de ses bénéfiques
- 📌 Résister à l'initiation au « shoot »
- 📌 Apprendre à éviter de répondre positivement à une demande d'initiation au « shoot »

L'intervention proposée dans le cadre du programme est basée sur l'Intervention Brève et l'entretien motivationnel. La stratégie vise à identifier et à renforcer les réticences initiales de l'injecteur à aider quelqu'un à s'injecter pour la première fois. Au cours de la première partie de l'entretien, l'intervenant fait parler les injecteurs de leur propre initiation à l'injection de drogues. Les injecteurs sont également amenés à décrire les expériences dans lesquelles ils ont initié un tiers à l'injection. L'intervenant leur fournit des informations sur les risques pour la personne initiée, mais également pour l'initiateur. La seconde partie de l'intervention consiste à travailler à partir de scénarii et mises en situation construites sur des exemples courants de demandes d'initiation à l'injection. Accompagné de l'intervenant, l'utilisateur doit essayer de trouver des stratégies alternatives pour répondre à ces situations.

Une évaluation du programme a été réalisée à trois mois. Celle-ci a montré que l'intervention avait permis de modifier les comportements susceptibles d'influencer le non-injecteur et de réduire le nombre de demandes d'initiation ainsi que le nombre d'initiations. Malgré les limites de l'évaluation – taille réduite de l'échantillon, absence de groupe contrôle, déclaratifs – pour juger de son efficacité, ce programme connaît un grand succès et il a été diffusé dans de nombreux pays. Aux Etats-Unis, le programme a été mené à Denver par Monique Whalen, formée à l'entretien motivationnel. Elle a développé une variante de Break the cycle en déployant un programme d'interventions en groupe (les interventions étaient individuelles en Grande-Bretagne).

### 📌 De break the cycle à Change le programme

On dispose de peu de données épidémiologiques sur le passage de l'injection en France. On sait toutefois que 70 % des premières injections se feraient en présence (avec l'aide) d'un

tiers. En France, des programmes comme Break the cycle font l'objet de profonds questionnements éthiques et force est de constater que les autorités de santé ne portent pas encore assez d'attention à cette forme de réduction des risques.

L'INPES a toutefois décidé, en 2011, d'adapter le programme britannique au contexte français. C'est dans le cadre d'une réunion du comité de pilotage du programme (intitulé « Change le programme ») que Philippe Michaud a été invité à présenter aux membres de l'Institut l'approche de l'entretien motivationnel.

Pour appuyer son propos, Philippe Michaud avait présenté les quatre processus de l'entretien motivationnel tels qu'ils avaient été conçus dans la deuxième édition de l'ouvrage de William R. Miller et Stephen Rollnic :

- Fonder la relation thérapeutique (construire et exprimer son empathie et abaisser les disharmonies de la relation)
- Décider ensemble le thème du changement (processus dialectique)
- Favoriser l'élaboration de la motivation et de la capacité à changer, jusqu'à l'engagement (processus maïeutique)
- Faire un plan de changement (processus comportemental de concrétisation de l'action)

De très nombreuses études d'efficacité de l'entretien motivationnel ont été réalisées sur la réduction de comportements de consommation, de prise de risque sexuel et sur les actions de santé publique. En revanche, les études réalisées chez les injecteurs sont très peu nombreuses (le site du MINT en identifie 5 entre 1983 et 2010). Malgré tout, la méta-analyse d'Hettema (réalisée en 2005) a souligné les effets positifs des approches motivationnelles dans le champ de l'addiction aux drogues.

L'INPES a décidé en 2015 de passer à l'action. Ainsi, l'intervention Change le programme est implantée, pendant huit mois, dans 7 CAARUD répartis dans 6 villes en France. Philippe Michaud et Monique Whalen ont été chargés, dans un premier temps, de réaliser une formation-test du comité de pilotage du programme sur trois jours sur la base d'une vidéo de modélisation (l'instrument pédagogique par excellence). Ils ont, pour ce faire, improvisé une intervention qu'ils ont ensuite découpée processus par processus et phase par phase. Une formation à l'entretien motivationnel a ensuite été proposée du 19 au 22 mai 2015 à 17 membres de CAARUD. L'animation était assurée par Monique Whalen, Jean-Michel Delile, Marie Debrus, Philippe Michaud. Ces quatre jours étaient organisés autour du double support des « processus » et du décryptage de l'intervention modèle. À la fin de la formation, les participants se sont montrés capables de réaliser, en jeu de rôle, des interventions de 40 minutes sur un mode motivationnel.

Une évaluation avant-après de l'intervention sera réalisée. Les injecteurs ayant participé au programme seront interviewés à la sortie de l'intervention et trois mois après. Il faut savoir que les participants bénéficieront d'une incitation économique pour entrer dans le programme (et pour revenir pour l'évaluation). L'évaluation porte sur les changements de représentations, d'attitude, de comportement. L'objectif primaire est de voir si, et à quel point, l'intervention Change le Programme amène à renoncer aux comportements de « promotion de l'injection ». Les résultats de l'évaluation sont attendus pour la fin de l'année 2016.

Nicolas Bonnet tient à préciser que ce programme est accompagné également d'un Comité scientifique qui intègre différents laboratoires de recherche. Le projet est mené en partenariat avec l'IPPSA, l'AFDEM, la Fédération Addiction et l'AFR.

Emmanuelle Peyret, psychiatre et addictologue à l'hôpital universitaire Robert Debré, souligne la qualité de l'outil DEP-ADO. Toutefois, l'ayant pratiqué, elle estime qu'il ne met pas assez l'accent sur la tabacologie ou sur le jeu sur écrans. Elle fait ensuite remarquer que contrairement à la Région Rhône-Alpes, il est très difficile, voire impossible de mobiliser les infirmières scolaires en région parisienne. Et ceci, pour la simple raison qu'elles n'ont pas l'autorisation, aussi étonnant soit-il, de sortir de leurs établissements. Il est donc impossible de les mobiliser et de mettre en place un programme tel que celui qui a été présenté aujourd'hui.

Anne-Cécile Cornibert convient que le programme a bénéficié d'un très fort soutien de partenaires assez puissants pour mobilier l'ensemble des acteurs. Elle peut difficilement expliquer les raisons pour lesquelles les infirmières scolaires n'auraient plus le droit, en région parisienne, de se mobiliser pour participer à des programmes de formation. Il est vrai que certaines directions d'établissements scolaires n'ont pas la volonté de travailler sur la prévention et préfèrent allouer leur budget aux rénovations et aux aménagements. (3 ;20, fichier 3)

## CONFÉRENCE PLÉNIÈRE

### Les nouvelles réglementations de l'usage de cannabis

 Frank Zobel

Sociologue, Addiction Suisse, Lausanne, Suisse

Discutant : Jean-Pierre Couteron, président de la Fédération Addiction

Après avoir travaillé pendant plusieurs années à L'Observatoire européen des drogues et des Toxicomanies (à Lisbonne), Frank Zobel a intégré Addiction Suisse le 1<sup>er</sup> janvier 2014, une ONG qui poursuit le but de prévenir les problèmes liés à l'alcool et aux autres substances psychoactives. La fondation souhaitait contribuer de façon constructive au débat sur la légalisation du cannabis qui avait lieu en Suisse. Après réflexion, il a été noté que ce qui manquait le plus au débat c'était un accès à la compréhension des nouveaux modèles de régulation développés au plan international et national. C'est pourquoi Addiction Suisse a décidé de publier, début mars 2014, un premier rapport « Des Rocky mountains aux Alpes : nouveaux développements concernant la régulation du marché du cannabis ». L'objectif était de répertorier les nouveaux développements dans la politique sur le cannabis et d'étudier les nouveaux modèles de régulation mis en œuvre dans les Amériques, en Europe et en Suisse ainsi que leurs rapports avec les modèles proposés pour l'alcool et le tabac. Pour ce faire, Frank Zobel s'appuie sur la littérature scientifique disponible, les journaux, les sites Internet, les newsletters et sur un certain nombre d'informateurs clés. Le rapport ayant rencontré un fort succès, la Fondation s'est engagée à le remettre à jour périodiquement.

### Les Etats-Unis : la normalisation de la consommation du cannabis et le marché commercial

Le 1<sup>er</sup> janvier 2014 s'est ouvert au Colorado le premier marché entièrement légal de cannabis à usage récréatif. Cet événement n'a pas surgi de nulle part et les mouvements de régulation que l'on peut observer aujourd'hui sont le fruit d'une histoire de plus de 45 ans. Cette histoire débute au milieu des 70, lorsque 11 états ont pris la décision de décriminaliser ou dépénaliser l'usage du cannabis. Un nouveau tournant est pris durant les années 90 avec le développement de la prescription de cannabis à des fins médicales. La première loi autorisant cette pratique est adoptée en Californie en 1996. Le mouvement a continué avec désormais plus de 23 états qui disposent de législations sur ce sujet. La teneur de ces différentes législations varie beaucoup d'un État à l'autre. Si certains consentent uniquement la prescription de quantités limitées pour quelques rares pathologies, d'autres permettent des prescriptions de quantités représentant jusqu'à plusieurs mois de consommation pour toute une variété de symptômes. Cette dynamique se reflète aussi dans l'évolution de l'opinion publique. Les résultats de divers sondages montrent ainsi qu'une majorité de la population est désormais en faveur de la légalisation du cannabis, témoignant ainsi d'un changement majeur de société. Le Colorado a été le premier à mettre en place un marché du cannabis récréatif, suivi par Washington State qui l'a fait le 8 juillet 2014. L'Alaska et l'Oregon ont approuvé, le 4 novembre 2014, des législations qui vont conduire à l'ouverture de tels marchés en 2016 alors que les habitants de Washington DC ont récemment approuvé la légalisation de la possession et de la culture de cannabis pour usage personnel. Une votation est prévue en 2015 en Ohio et en, 2016, des votations auront probablement lieu dans 10 états (dont la Californie). À la fin de la décennie, la moitié de la population des États-Unis aura accès à un marché récréatif du cannabis.

Ce marché récréatif est, au Colorado comme à Washington State, un marché commercial. Les réglementations sont plus fortes que pour celui de l'alcool. Des licences sont attribuées aux acteurs des secteurs de la production, du conditionnement, de la vente et aux laboratoires (chargés de la qualité des produits). Le cannabis est vendu dans des commerces spécialisés. La production est suivie par les autorités de surveillance. Seules les personnes âgées de plus de 21 ans (même limite que pour l'alcool) pourront acheter jusqu'à une once de cannabis (environ

28.4 g). Différents niveaux de taxation sont prévus selon les états. Enfin, la publicité demeure strictement interdite.

La situation n'en demeure pas moins paradoxale aux États-Unis puisque le cannabis demeure interdit (sous forme médicale ou récréative) par la Loi fédérale. En 2013, le département de la justice américain a fait savoir qu'il continuerait à mettre en œuvre la législation fédérale, mais qu'il n'interviendrait pas dans les états ayant voté sa légalisation à condition que ceux-ci développent et appliquent des systèmes de régulation protégeant la santé publique et l'ordre public. Ces systèmes doivent prévenir, notamment, la vente aux mineurs et les profits des organisations criminelles. Les autorités fédérales se réservent le droit d'intervenir si elles considèrent que certains principes ne sont pas respectés.

On dispose désormais des premiers chiffres sur le marché du Colorado. En décembre 2014, le Colorado comptait 322 magasins vendant du cannabis récréatif réparti dans 72 municipalités (sur 321) ayant donné leur autorisation pour ce type de commerces. Les ventes de cannabis récréatif s'élèvent à 313 millions de dollars. On peut noter qu'un tiers du chiffre d'affaire du marché repose sur la vente de produits comestibles (bonbons, biscuits, boissons) contenant du THC. Les taxes sur le cannabis récréatif ont rapporté à l'État, 44 millions de dollars. 67,2 tonnes de cannabis (récréatif et médical) ont été vendues en 2014 (sachant que la taille du marché au Colorado est estimée à 102 tonnes). Le prix du cannabis récréatif baisse régulièrement et devrait être progressivement inférieur à celui du marché noir. Les derniers sondages réalisés au Colorado ne montrent pas de changements dans l'opinion publique et une majorité des citoyens de l'État continue à être favorable au système mis en place.

Les évolutions observées aux États-Unis soulèvent, bien évidemment, plusieurs questions notamment sur l'évolution de la consommation de cannabis. Certains estiment que le cannabis pourrait être un produit de substitution à l'alcool. On ne dispose encore que de très peu d'éléments sur ce point, comme sur celui du nombre d'accidents ou d'intoxications.

📌 Les Pays-Bas : la séparation des marchés et le modèle commercial « entravé »

Si le modèle des Pays-Bas semble assez proche de celui des États-Unis, le système est beaucoup plus fortement tenu par l'État. Aux Pays-Bas, la vente et la possession de petites quantités de cannabis sont interdites, mais de facto tolérées. Toute personne âgée de 18 ans ou plus peut acquérir jusqu'à cinq grammes de cannabis par transaction dans des établissements spécialisés appelés coffee shops. Ces établissements doivent disposer d'une licence délivrée par les autorités locales. Ils ne peuvent pas faire de publicité, ni vendre du cannabis à des mineurs ou proposer d'autres drogues ou de l'alcool, et ils ne doivent pas être responsables de nuisances publiques. La quantité maximale de cannabis pouvant être stockée par ces magasins est de 500 grammes. Le cannabis vendu, et c'est là le paradoxe du modèle hollandais, doit être acheté sur le marché noir, car la production de cannabis reste un crime. Les coffee shops sont taxés sur leur chiffre d'affaires, mais n'encaissent pas de TVA, car celle-ci ne peut s'appliquer à un produit illégal.

La régulation des coffee shops a été discutée à plusieurs reprises ces dernières années avec, notamment, la volonté de les transformer en clubs privés dont l'accès serait restreint aux résidents en possession d'une carte spéciale. Cette idée a été plus ou moins abandonnée et quelques clubs ont ouvert, mais uniquement dans certaines régions frontalières. Un débat est en cours pour classer le cannabis à fort taux de THC (15 % et plus) parmi les drogues dures. Cette proposition est actuellement en débat au parlement. Par ailleurs, un certain nombre d'acteurs demandent que la production du cannabis vendu dans les coffee shops ne constitue plus un crime. Quarante maires ont signé un manifeste pour la régulation de la production de cannabis. Jusqu'à présent, le ministère de la Sécurité et de la Justice a refusé toutes les propositions de régulation.

### ■ L'Uruguay : le modèle de la cohérence et la régulation forte de l'état.

L'Uruguay est le premier pays à avoir légalisé le cannabis. Le modèle déployé est très différent de celui des États-Unis ou des Pays-Bas. La possession de drogue pour usage personnel n'est pas considérée comme un crime. Or, la prévalence de la consommation de cannabis est relativement élevée et a connu une forte augmentation chez les jeunes durant les années 2000. L'usage de pâte de cocaïne-base (une substance très toxique) s'est lui aussi répandu. La séparation des marchés du cannabis et de la pâte de cocaïne-base a été l'un des principaux arguments avancés en faveur de la légalisation du cannabis. Parallèlement, l'Uruguay a développé un système particulièrement cohérent de régulation des marchés de l'alcool et du tabac, lequel repose sur une véritable approche de santé publique. Pionnier dans la lutte anti-tabac, l'Uruguay est d'ailleurs attaqué en justice par le cigarettier Philip Morris.

La législation uruguayenne prévoit que tout citoyen uruguayen âgé de 18 ans ou plus pourra acheter du cannabis dans certaines pharmacies autorisées, cultiver soi-même du cannabis ou encore faire partie d'un « club de consommateurs ». Quels que soient son ou ses choix, il devra s'enregistrer auprès du nouvel Institut de régulation et de contrôle du cannabis (IRCCA) tout comme devront le faire aussi tous les producteurs de cannabis ainsi que les pharmacies qui le vendent. Les citoyens enregistrés pourront acheter jusqu'à 10 g de cannabis par semaine dans les pharmacies autorisées et/ou cultiver jusqu'à six plantes pour leur usage personnel. Les clubs de consommateurs pourront cultiver jusqu'à 99 plantes par année. Le prix du cannabis vendu en pharmacie a été fixé à 1 \$ par gramme. Le prix est maintenu à un niveau bas pour concurrencer le marché noir et faire en sorte que les consommateurs aient accès à un cannabis de meilleure qualité. Sur ce point, l'IRCCA détermine des critères de qualité pour le cannabis y compris son taux de THC qui ne doit pas dépasser les 15 %. La vente aux étrangers et la publicité seront interdites.

18 mois après la mise en place de cette nouvelle régulation, une petite partie des usagers (environ 2200) se sont inscrits pour la culture à usage personnel (le nombre de consommateurs est estimé entre 50 000 et 100 000). 18 associations comptant au total environ 700 membres se trouvent à divers stades de l'enregistrement. La procédure de sélection pour les producteurs et pour les pharmacies est en cours. Il existe environ 1200 pharmacies en Uruguay, mais le nombre d'entre elles qui demanderont et recevront une licence pour la vente de cannabis n'est pas encore connu, sachant que nombreuses y sont opposées. Une campagne de prévention a été réalisée, apportant la preuve que l'on peut parler de cannabis publiquement. Il convient de noter que l'opinion publique demeure défavorable, dans son ensemble, à la régularisation.

### ■ L'Espagne : l'autorégulation sans le marché

Le modèle espagnol est né d'une zone grise de la législation. La possession pour usage personnel et l'usage de cannabis ne sont pas considérés comme des crimes en Espagne et ne sont poursuivis que lorsque la consommation a lieu dans des espaces publics. De surcroît, la consommation partagée pour motifs compassionnels et l'achat en commun de drogues par des usagers dépendants ne constituent pas non plus des crimes. C'est dans ce contexte que se sont développés les Cannabis social clubs (CSC), des associations de consommateurs de cannabis.

Les CSC ne sont pas reconnus par l'état espagnol et les clubs se sont donc autorégulés, publiant des chartes éthiques. Organismes à but non lucratif, ces clubs sont – dans la théorie – uniquement ouverts aux membres adultes qui sont déjà consommateurs de cannabis. La substance est souvent consommée sur place et les quantités distribuées sont limitées à 2-3 grammes par jour et par individu. Le prix de vente est plus faible que celui sur le marché noir.

Dans la pratique, l'autorégulation a ses limites et certains établissements ne respectent pas les chartes du mouvement. Ainsi, à Barcelone, se sont développés des clubs accessibles à toute personne désireuse de consommer cette substance et qui invitent les touristes sur Internet ou dans la rue à venir leur rendre visite. Les autorités de la ville ont réagi en fermant plus de 50 CSC.

Le département de la santé de Catalogne a publié une documentation d'orientation pour les communes de la région précisant un ensemble de règles de bonne conduite pour les CSC. Parmi les mesures figure la limitation du nombre de membres et des heures d'ouverture (8 heures par jour). Un âge minimum (18 ans) et la nationalité espagnole pourraient constituer les deux critères d'admission et les nouveaux membres ne pourraient obtenir du cannabis 15 jours après leurs prescriptions. Des mesures sont également prévues en matière de formation du personnel pour faciliter l'identification précoce des personnes à risques.

#### ■ La Suisse : on en parle...

La régulation du cannabis fait débat en Suisse depuis longtemps. La Suisse aurait pu, en 2011, devenir le premier pays au monde à introduire une législation permettant la régulation du marché du cannabis. Cette année, le gouvernement a mis sur la table une proposition pour légaliser l'usage du cannabis. Après trois ans de procédures et de débats au parlement, le projet a été abandonné en 2004. Dans l'intervalle, certains cantons tolèrent un marché du cannabis avec l'existence de plus de deux cents magasins de chanvre en Suisse.

Le débat sur la régulation du cannabis n'a toutefois pas pris fin avec le rejet de l'initiative sur la légalisation du chanvre et la décriminalisation de facto de la consommation. Depuis quelques années, des initiatives parlementaires ont été déposées dans les principales villes et dans certains cantons dans le but de relancer la réflexion et d'explorer de nouvelles alternatives pour la production et la vente du cannabis. À l'heure actuelle, la réflexion publique la plus avancée est menée dans le canton de Genève où un groupe d'élus a préconisé la mise en œuvre d'associations de consommateurs de cannabis dans le cadre d'une expérimentation pilote.

Le projet genevois reprend les principales caractéristiques des CSC espagnols. Il s'agit de clubs à but non lucratif, accessibles uniquement aux résidents majeurs, qui produisent et distribuent du cannabis à l'usage exclusif de leurs membres.

En conclusion, Frank Zobel fait remarquer que les différents modèles mis en place dans le monde restent plus restrictifs que pour l'alcool. Si les approches sont variées, elles partagent des points communs : l'interdiction de vente aux mineurs, l'interdiction de faire de la publicité, l'interdiction de consommer du cannabis dans les lieux publics.

Plusieurs questions restent en suspens :

- Le modèle américain rejoindra-t-il rapidement ceux de l'alcool et du tabac ?
- Le modèle uruguayen sera-t-il mis en œuvre comme prévu ?
- Le modèle espagnol des clubs constituera-t-il une troisième voie politiquement acceptable ?
- Comment le modèle hollandais va-t-il gérer la question de la production ?
- De nouveaux modèles vont-ils surgir ?

#### ● Questions de la salle

Jean-Pierre Couteron remercie Frank Zobel pour son exposé. Cette présentation prouve que l'on peut aborder le sujet du cannabis avec calme et sérénité ; ce qui semble impossible en

France. Les différents exemples présentés témoignent de la possibilité de construire des marchés économiques. La question qui se pose donc est de savoir en quoi la construction d'un tel marché permettrait à la France d'esquisser un nouveau débat. Car aujourd'hui, les seules alternatives proposées sont la prohibition stricte ou la légalisation totale. L'exposé de Frank Zobel pose un ensemble de questions. Les Etats-Unis résisteront-ils à la tentation du toujours plus de profits ? Le modèle très contrôlé uruguayen rencontrera le public à laquelle il s'adresse ? Le modèle espagnol peut-il tenir ? Jean-Pierre Couteron rappelle que le cannabis, comme l'alcool, est une marchandise. En tant que marchandise, il circule dans des systèmes économiques. Il faut être capable d'en débattre sereinement.

Au-delà de l'aspect économique, Albert Herszkowicz souhaite aborder la question des liens entre l'alcool et le cannabis. Il a cru comprendre qu'au Colorado, la consommation de l'alcool avait baissé. Ce résultat, plutôt positif du point de vue clinique, renvoie à une interrogation fondamentale des jeunes potentiellement consommateurs. Albert Herscovitch intervient régulièrement dans les lycées et les collèges. Une question revenait toujours, de manière obsédante : pourquoi l'alcool est-il autorisé alors que le cannabis est interdit ? Il n'a jamais rencontré quelqu'un qui soit capable de répondre à cette question, pourtant légitime. La régulation du cannabis et de l'alcool doit être traitée globalement. L'interdiction absolue du cannabis en France a des conséquences désastreuses.

Frank Zobel comprend l'argument. Il fait toutefois observer que si les Américains n'ont aucun problème pour aborder conjointement les questions liées au cannabis et à l'alcool, ces questions restent encore taboues en France, un pays viticole. Rares sont les personnes, en France, qui acceptent l'argument selon lequel la régulation du cannabis permettrait de baisser la consommation d'alcool. Enfin, Frank Zobel rappelle que le débat ne doit pas exclure le tabac. Si le cannabis semble, dans certains contextes, interchangeable avec l'alcool, il est complémentaire du tabac.

Sur ce dernier point, une intervenante fait remarquer que beaucoup de jeunes rentrent dans la consommation de tabac par le biais du cannabis.

Philippe Michaud rappelle que certaines études, réalisées en France, préconisent la mise en place d'un marché du cannabis contrôlé par l'état. Le cannabis pourrait, au même titre que le tabac, être vendu dans des magasins spécialisés.

Frank Zobel indique que cette idée avait été évoquée en Suisse. Le modèle uruguayen en est assez proche. L'enjeu, notamment en France, est essentiellement politique.

## TABLE RONDE : SPÉCIFICITÉS DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

**Discutant : Pr Nicolas Ballon**, psychiatre Tours

📍 **Quelle place pour l'EM en psychiatrie ? Contexte et application**

● **Anne Gut-Fayand**  
Psychiatre, paris

● **Emeric Languerand**  
Psychologue, paris

📄 Pourquoi l'EM en psychiatrie ?

Le parcours d'un patient en psychiatrie est similaire à celui de patients dans d'autres domaines de la santé : l'apparition des premiers symptômes entraîne une première hospitalisation. Un suivi ambulatoire est organisé. Le patient rechute. Il est réhospitalisé et ainsi de suite.

Le parcours de soins d'un patient en psychiatrie est un parcours de changement. Il doit intégrer dans son quotidien un suivi médical avec de multiples rendez-vous, avec des examens complémentaires et, éventuellement, des hospitalisations. Il est conduit de surcroît à prendre un traitement et/ou suivre un programme thérapeutique ou une psychothérapie. Le patient doit bien souvent modifier son hygiène de vie pour réduire l'effet de certaines comorbidités et de certains effets secondaires du traitement. Enfin, il est obligé de revoir son projet de vie pour prendre en compte l'impact de la maladie.

Dans cette trajectoire de soins, on observe plusieurs difficultés à prendre en compte :

- 📄 Une difficulté dans la construction d'une alliance thérapeutique et une conscience des troubles (insight) faible ou partielle. Dans certaines pathologies, les trois quarts des patients ne se reconnaissent pas comme souffrant d'un trouble mental.
- 📄 Une mauvaise observance thérapeutique.
- 📄 Une comorbidité effective avec usage de substances psychoactives. Si beaucoup d'études ont été consacrées à la consommation de cannabis (notamment chez les schizophréniques), rares sont les études sur la consommation d'alcool (pourtant importante dans les troubles bipolaires).
- 📄 Une persistance de certains symptômes et de certains troubles cognitifs qui ne sont jugulés ni par la prise en charge ni par le traitement.

L'état motivationnel du patient évolue tout au long de son parcours de santé. Au début, du parcours, le patient n'a aucune motivation. Les premiers symptômes sont apparus mais le trouble n'a pas été identifié. Une fois le diagnostic établi, la motivation est externe. Le traitement est imposé au patient par les soignants. L'objectif est donc d'aider, par la suite, le patient à développer sa propre motivation pour s'inscrire dans son parcours de soins. Il faut parfois plusieurs années, plusieurs rechutes et hospitalisations, pour qu'un malade accepte l'idée que sa maladie va l'accompagner toute sa vie.

C'est bien à ce niveau du parcours que l'entretien motivationnel peut jouer un rôle. Il peut aider ce passage de l'absence de motivation à la motivation externe (ou extrinsèque) puis à la motivation personnelle. En d'autres termes, l'approche motivationnelle peut aider un patient à internaliser la motivation extrinsèque que soulève la nécessité pour celui-ci d'intégrer un traitement ou un suivi thérapeutique dans son quotidien.

L'entretien motivationnel peut poursuivre plusieurs objectifs :

- Construire une alliance thérapeutique
- Favoriser le recours au soin
- Accompagner le patient dans les changements induits par sa maladie (intégrer un traitement, modifier l'hygiène de vie, faire évoluer le projet de vie)

■ Faut-il créer un entretien motivationnel spécifique à la psychiatrie ?

La réponse à cette question n'est pas évidente. Il est vrai que dans le cas de certaines pathologies, les patients peuvent souffrir de difficultés de mémorisation, de délires ou d'hallucinations. Dans ces cas spécifiques, il semble préférable d'adapter l'entretien motivationnel aux difficultés du patient pour, comme le veut la terminologie, « rouler avec ». Cela étant dit, globalement, Emeric Languérand ne voit pas de raison pour modifier l'esprit de l'approche. Les principes structurants de l'entretien motivationnel peuvent être adaptés à la psychiatrie :

- Amener le patient à définir lui-même ses troubles en acceptant une perception partielle de ceux-ci
- Comprendre les désirs, les besoins, les raisons qui peuvent être moteurs pour une évolution de la situation du patient et l'aider à les percevoir lui-même
- Chercher à comprendre le vécu du patient de son point de vue en validant les aspects émotionnels
- Aider le patient à identifier ses capacités plutôt que ses incapacités en valorisant ses réussites, aussi « minimes » soient-elles

Si les processus sont identiques à ceux utilisés pour d'autres patients, Emeric Languérand insiste toutefois sur la nécessité d'adapter les outils relationnels. L'intervenant doit utiliser un langage concis, simple et compréhensible en évitant les métaphores. On ne peut pas dire à un patient qui souffre d'un trouble psychotique que lorsqu'il a envie de faire quelque chose, il se sent « pousser des ailes ». Cette expression peut être, pour certains malades, extrêmement angoissante. L'intervenant doit, par ailleurs, poser des questions ouvertes plus contextualisées en prise avec le quotidien du patient. Il doit résumer plus fréquemment pour travailler sur les troubles de la mémorisation et s'assurer que le patient suit l'entretien. Enfin, le soignant doit utiliser des supports écrits, lesquels pourront servir de fil rouge d'une séance à l'autre.

■ Un exemple d'utilisation de l'entretien motivationnel

Anne Gut-Fayand présente un groupe d'éducation thérapeutique destiné à de jeunes patients souffrant de troubles schizophréniques. Ce groupe vise trois objectifs.

1. Favoriser la participation du patient au projet de soins en développant et en renforçant l'alliance thérapeutique afin qu'il devienne acteur de sa prise en charge. Il faut savoir que 50 à 80 % des patients atteints de schizophrénie ne considèrent pas avoir un trouble mental. D'ailleurs, lorsqu'ils intègrent le groupe, ils disent tous souffrir de troubles dépressifs atypiques (alors que le diagnostic de schizophrénie leur a été annoncé). 75 % des patients suivis en ambulatoire interrompent leur traitement dans les 18 mois qui suivent la prescription d'un traitement neuroleptique avec pour conséquences une augmentation du risque de rechute et de réhospitalisation, une exacerbation de la symptomatologie.
2. Accompagner le jeune patient dans une modification de son usage de substances psychoactives. Chez les jeunes sujets, et à proximité du premier épisode, ces conduites seraient plus importantes encore, avec une proportion de l'ordre de 88 % d'abuseurs ou de dépendants à des substances psychoactives. Cette consommation est sous-estimée par les médecins, mais aussi par l'entourage des patients, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes sujets. Les interactions entre les produits consommés hors

prescription et le traitement médicamenteux sont défavorables pour l'efficacité de celui-ci.

3. Aider le sujet à remanier son projet de vie (professionnel et/ou scolaire) en tenant compte des changements qu'imposent les troubles psychologiques et leurs prises en charge. Ceci suppose de travailler sur les comorbidités qui peuvent entraver la réalisation des projets comme l'anxiété sociale et la phobie sociale (très fréquentes chez ces patients). L'amélioration des compétences en situation sociale favorise les compétences d'adaptation du patient à son environnement.

Le groupe d'éducation thérapeutique a été mis en place il y a maintenant une dizaine d'années. L'équipe d'animation regroupe un médecin, un psychologue, un kinésithérapeute et un infirmier clinique. Le groupe accueille entre 8 et 10 patients et propose 3 modules de 5 séances de 1 h 30 :

- Psycho-éducation (information et éducation)
- Affirmation de soi - Gestion du stress et des émotions
- Entraînement aux habiletés sociales

Les patients peuvent intégrer les modules dans l'ordre qu'ils souhaitent ce qui permet de créer une certaine dynamique entre les différents membres. La fréquence du groupe est hebdomadaire. Un module famille a également été créé. Il comporte 5 séances.

Un entretien motivationnel individuel est réalisé avec chaque patient avant son intégration au groupe. La participation à un groupe ETP fait l'objet d'une prescription (loi HPST) et l'entretien a pour objectif de redonner du libre arbitre au patient ainsi de développer et de renforcer sa propre motivation à participer au groupe. L'entretien motivationnel en groupe est utilisé pendant les séances. Le programme du groupe est élaboré par les patients lors de la première réunion.

Le public accueilli est en majorité masculin. L'âge moyen est de 22 ans. Ils sont exclusivement célibataires. Les trois quarts sont étudiants (en décrochage scolaire). Tous les patients ont déjà eu un épisode psychotique. Le diagnostic leur a donc été préalablement annoncé.

Les effets du groupe sur l'observance thérapeutique et sur l'insight sont très positifs. Au bout de la quatrième séance, tous les patients s'accordent sur le fait qu'ils souffrent de troubles schizophréniques. Les évaluations montrent également que le groupe a des effets positifs sur l'assertivité des patients. Au décours d'un épisode psychotique, l'estime de soi des jeunes adultes s'est effondrée. Le travail sur l'affirmation de soi est donc essentiel.

Une évaluation de la satisfaction est réalisée chaque année. Quand interrogés, les jeunes sont contents de la création de ce groupe. Le taux d'absentéisme est faible. Cela étant dit, on note un grand nombre d'abandons (environ 50 %) entre le recrutement et la première séance. Les jeunes qui ont été intégrés sont motivés et assidus. Les patients sont satisfaits de la fréquence et des jours de sessions (le vendredi de 11 h à 12 h 30). Les jeunes apprécient les thèmes qui leur sont proposés pendant les séances. La satisfaction globale est très satisfaisante.

Ces résultats encourageants soulignent l'intérêt de développer l'entretien motivationnel le plus précocement possible, dès le premier épisode (même chez des patients à haut risque de développer un trouble psychotique). Toutefois, Anne Gut-Fayand est convaincue que les outils motivationnels doivent être associés à d'autres types d'approches. Quoi qu'il en soit, l'intérêt de former les soignants à l'entretien motivationnel est démontré. L'approche motivationnelle doit être partagée par l'équipe et transparaître dans l'organisation des soins.

Pour conclure, Anne Gut-Fayand cite un de ses patients : « Cette maladie nous freine dans notre évolution, mais l'évolution ne s'arrête pas ».

Le Pr Nicolas Ballon s'étonne de l'intitulé de cette première intervention. Le fait que la question de la place de l'entretien motivationnel dans la psychiatrie soit posée laissait supposer que les spécificités des patients psychiatriques pouvaient remettre en question la validité de l'approche. En tant que psychiatre, le Pr Nicolas Ballon ne s'était jamais posé cette question. Il avait, bien au contraire, le sentiment que les personnes souffrant de troubles psychiatriques se prêtaient particulièrement à la pratique de l'entretien motivationnel. Ce sont des maladies chroniques. L'ambivalence est très élevée. De plus, de nombreuses comorbidités addictives sont associées à la maladie psychiatrique. L'esprit de l'entretien motivationnel permet aux équipes qui s'en emparent de développer une approche collaborative qui va dans le sens d'une psychiatrie plus moderne.

Le débat s'engage autour de la question du cannabis et de ses effets sur les troubles psychiatriques. Emeric Languérand rappelle que, pour les personnes les plus vulnérables, la consommation avant 21 ans de cannabis (notamment, avec des taux de THC élevés) peut précipiter l'entrée dans la maladie. L'alcool (un facteur de stress important chez les jeunes patients schizophréniques) pourrait également être l'un des facteurs précipitants. Il faut, estime-t-il, s'intéresser plus globalement aux consommations plutôt qu'en termes de produits spécifiques.

En réponse à une question posée depuis la salle, Anne Gut-Fayand indique qu'elle croit au développement de l'entretien motivationnel dans les services de psychiatrie. Un mouvement a été amorcé et de plus en plus de personnels se forment à cette approche. L'approche « confrontante », souligne Emeric Languérand, demeure toutefois dominante. L'entretien motivationnel doit être diffusé sur le plan institutionnel pour être intégré dans la conception même du parcours de soin. Le chemin à parcourir est encore long.

📍 **Partage autour de l'intégration de l'entretien motivationnel dans la formation des médecins généralistes en Belgique francophone**

● **Jacques Dumont**

Infirmier en santé publique, Hôpital Érasme de l'Université libre de Bruxelles

Jacques Dumont diffuse l'interview qu'il a réalisée de Nadine Kacenenbogen.

Nadine Kacenenbogen est médecin généraliste. Elle travaille dans deux institutions pour jeunes en difficulté. La prévention (qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire) fait partie des missions prioritaires des médecins généralistes. La prévention primaire lui semble primordiale puisqu'elle permet d'éviter les facteurs de risques. On demande donc au médecin généraliste d'être proactif pour analyser tous les styles de vie de ses patients (le tabac, l'alcool, la sédentarité, l'alimentation). Or, il arrive aux soignants de faire face à des patients particulièrement réfractaires à toute idée de changement de comportement. Nadine Kacenenbogen se souvient être sortie de certaines consultations comme l'on sort d'un combat. La discussion s'était soldée sur un échec. À force de cumuler les échecs, certains médecins généralistes baissent les bras. Ils n'abordent plus la question du tabac ou de l'alcool avec leurs patients.

Nadine Kacenenbogen, également enseignante à l'Université libre de Bruxelles, a été chargée de mener une étude sur la manière d'apprendre aux futurs médecins généralistes à inciter leurs patients à arrêter le tabac. C'est cette occasion qu'elle a rencontré des animateurs spécialistes en entretien motivationnel. Ce fut une révélation.

Sous l'impulsion du Pr Linkowski, des ateliers de travaux pratiques en communication ont été mis en place à l'Université libre de Bruxelles. Nadine Kacenenbogen anime un de ces travaux pratiques dans lequel elle propose une initiation à l'entretien motivationnel aux étudiants qui se destinent à la médecine générale. Les ateliers font l'objet d'une évaluation annuelle. Les réponses que les étudiants fournissent lors de cette évaluation montrent qu'ils ont acquis les fondamentaux de la démarche : ils ont compris l'empathie, la différence entre les questions fermées et ouvertes, l'ambivalence.

## CONCLUSION

● **Serge Longère, Directeur de PROSES**

Serge Longère a retenu de ces deux journées que l'entretien motivationnel est un véritable outil, concret et tangible, sur lequel les professionnels peuvent s'appuyer. Se pose aujourd'hui, plus que jamais, la question de la formation des professionnels de santé. Or, l'approche motivationnelle entraîne un changement de paradigme. Le soignant est obligé d'abandonner sa position de toute puissance.

Certains ont souligné l'aspect chronophage de l'entretien motivationnel. Toute formation, Serge Longère rappelle, prend du temps. Or, la démarche motivationnelle offre de tels bénéfices aux praticiens que la formation ne sera jamais une perte de temps. Les soignants doivent avoir la curiosité d'« aller voir un petit peu plus loin que l'éducation universitaire qui leur a été donnée ».

Serge Longère informe les participants que les prochaines journées du RESPADD sur le thème « Addictions et migrations » seront organisées à Marseille les 7 et 8 juin 2016, en partenariat avec le CSAPA-CAARUD Bus 31-32