

Méthode McKenzie, entretien motivationnel et éducation thérapeutique

*Comment favoriser l'adhésion du patient au
traitement*

Le Mouton Benjamin

I. Définitions et principes

Le succès de la méthode McKenzie repose sur la réalisation d'exercices de façon pluri-quotidienne par le patient ainsi que par la mise en place d'une correction de sa posture. La question qui revient souvent donc pour nous, thérapeutes, c'est comment convaincre notre patient de faire ses auto-mobilisations au quotidien, l'idée étant à terme de rendre le patient indépendant et capable de faire face aux nouvelles occurrences de la pathologie.

Or, dans de nombreuses autres maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires) mais aussi dans le cas des addictions (tabagisme, alcoolisme), il est également nécessaire pour le professionnel de santé de provoquer ou favoriser un changement de comportement chez le patient. Dans ce but, une discipline a été créée, **l'éducation thérapeutique**, qui peut être définie comme « comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'événements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événement intercurrents,...) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui » (rapport Bertrand-Charbonnel-Saout, septembre 2008).

L'éducation thérapeutique montre donc la même philosophie que la méthode McKenzie, et afin d'augmenter nos chances de modifier les comportements des patients, un style de communication a fait ses preuves, il s'agit de **l'entretien motivationnel** (EM). Marqué par l'abandon d'un ton directif au profit d'un style collaboratif, le thérapeute guide plutôt qu'il ne dirige le patient et favorise ainsi chez lui l'émergence de motivations propres.

Les **quatre principes de l'EM**, sont :

1. Eviter le réflexe correcteur, lorsque nous prenons par exemple une attitude autoritaire et lui disons que son comportement actuel n'est pas le bon « Vous n'avez pas fait vos exercices, c'est mal »
2. Explorer et comprendre les motivations du patient, c'est à dire les éléments qui pourraient amener le patient à changer, vous pouvez par exemple demander au patient « Qu'est-ce qui pourrait vous motiver à faire ces exercices ? »
3. Ecouter le patient, car un temps d'écoute est nécessaire afin que le patient se sente compris et considéré.
4. Encourager, lors de chaque étape le patient, depuis la verbalisation de sa volonté de faire un exercice jusqu'à sa réalisation plusieurs fois par jour. Il s'agit de renforcer le nouveau comportement, de le valoriser.

Voici donc quelques propositions, inspirées de l'éducation thérapeutique et de l'entretien motivationnel, afin de nous aider dans notre quotidien de kinésithérapeute pratiquant la méthode McKenzie.

II. Le bilan

1. La durée de la première séance

Afin de favoriser la mise en place d'une véritable alliance thérapeutique, prendre le temps, c'est à dire de quarante cinq minutes à une heure pour la passation du bilan, constitue une aide non négligeable, notamment lorsque l'on débute. En effet, le patient se sentira écouté, et ce temps sera utile afin de le convaincre d'être actif dans sa prise en charge.

2. L'utilisation de questions ouvertes

Un autre moyen afin de faire émerger ce sentiment va être l'utilisation de questions ouvertes lors de la passation du bilan. Ces questions vont permettre de nouer l'alliance thérapeutique et instaurer un climat de confiance. Le patient va ainsi saisir que le thérapeute lui témoigne un intérêt réel. Par exemple, lorsque l'on s'intéresse à la douleur du patient, nous pouvons demander: « Pouvez-vous me parler de votre douleur ? » ou « Que pouvez-vous me dire de vos douleurs ? ». Le patient va alors souvent spontanément vous indiquer la localisation, le mode d'apparition, et l'histoire de sa lombalgie. L'idée ensuite sera de faire préciser par le patient à l'aide de questions fermées les items manquants (la cotation de sa douleur sur une échelle numérique par exemple).

L'utilisation de questions ouvertes est intéressante également lorsque l'on aborde la partie de l'interrogatoire sur les contraintes qui majorent ou minorent les douleurs. A titre d'exemple, on peut poser : « Quelles sont les situations où vous avez davantage mal ? Celles qui diminuent vos douleurs ? ». Souvent, outre la relation de confiance qui s'instaure, on peut recueillir des items non présents dans le formulaire (douleur uniquement lorsque le patient sort de voiture après un long trajet à titre d'exemple).

Enfin, l'anxiété qui peut étreindre certains thérapeutes concernant ces questions ouvertes est celle de perdre un temps de consultation qui s'avère être limité. Or de façon empirique, on constate qu'utiliser ce type de formulation ne prend pas plus de temps, et que cela renforce grandement l'adhésion du patient à notre discours.

3. Synthétiser, récapituler les données avec le patient

Reformuler régulièrement avec le patient ce qui est dit et/ou observé au cours de la consultation est également très efficace. Cela peut prendre la forme par exemple de « Donc si je récapitule vos douleurs sont à 3 dans la fesse, à 2 dans le bas du dos ; cela s'améliore actuellement, mais vos douleurs sont pires quand vous êtes assise avachie, et cela est mieux lorsque vous êtes debout ». Ce reflet du discours du patient va lui permettre de se sentir compris et permettra au thérapeute de sélectionner les informations les plus importantes.

4. Evaluer de façon conjointe l'effet des mouvements répétés

Afin de favoriser l'observance du traitement par le patient, l'idée est de constater de façon conjointe que la répétition de tel ou tel mouvement est bénéfique, en expliquant le cas échéant le principe de bonne douleur et de mauvaise douleur

(centralisation versus périphérisation) et celui de réponse paradoxale.

Par exemple : « Cet exercice semble pas mal. Qu'en pensez-vous ? ».

Le patient ne sera jamais mieux convaincu que par lui-même, donc s'il constate et verbalise lui-même les bénéfices d'un exercice, cela vaudra toutes les recommandations et il sera bien davantage enclin à le réaliser à son domicile, à son travail etc. De la même manière, observer avec le patient que s'asseoir avec un coussin ergonomique diminue ses douleurs en rétablissant sa lordose lombaire va être un bon moyen de le motiver à corriger sa posture.

5. Inclure le patient dans le processus décisionnel

Consulter notre patient afin de prendre une décision, lui donner un rôle actif dans nos choix en lui expliquant notre démarche va être intéressant également. Cela peut prendre la forme de : « Parmi ces deux derniers exercices, lequel vous a semblé le plus bénéfique en termes de douleurs ? ».

6. Guider plutôt que diriger

Dans la pratique, guider donne de bien meilleurs résultats qu'une attitude autoritaire et directive. Par exemple, en fin de séance, proposer au patient de faire les exercices sera plus efficace que de lui ordonner sèchement, car un ton directif suscitera des résistances chez lui.

Au terme du bilan, nous demandons ainsi au patient de s'asseoir et nous lui posons des questions tels que : « Ce dernier exercice a l'air bénéfique, est-ce qu'il serait possible pour vous de le réaliser au quotidien ? ». Et enfin, on pourra terminer par « Est-ce que vous avez des questions ? », cette dernière interrogation ayant pour mérite de donner librement la parole au patient et témoignera de notre attention à son égard.

7. Manifester de l'empathie, de la bienveillance

Tout au long du bilan, manifester une écoute attentive et bienveillante, de l'empathie sera une donnée importante également. Un thérapeute présent et positif aura bien davantage de chances d'avoir des résultats eux aussi positifs.

III. Autres moyens afin de convaincre notre patient

1. Expliquer au patient l'intérêt de l'auto-traitement dans le cadre de la lombalgie

Prendre quelques minutes avec le patient lors de la première séance afin de présenter la méthode McKenzie et l'intérêt de l'auto-traitement dans le cadre de la lombalgie peut déjà constituer un très bon atout afin de le convaincre. Avoir mal au dos est banal, les récurrences sont fréquentes et lui proposer tout simplement de lui apprendre à se soigner lui-même va nous permettre de le stimuler et de le motiver.

2. Le modèle discal : un moyen de compréhension pour nous, un moyen d'éducation pour le patient

En général, le patient arrive au cabinet avec ces quatre questions : qu'est-ce que vous pouvez faire pour mes douleurs ? Qu'est-ce que je peux faire pour que ça aille mieux ? Combien de temps cela va durer ? Et enfin qu'est-ce qui m'arrive ? Le patient est demandeur d'explications, et lui expliquer ce qui se passe, le pourquoi de sa douleur et comment il va pouvoir lutter contre celle-ci, tout cela va permettre en quelques minutes de le rassurer et de renforcer son adhésion au traitement proposé.

L'idée ici est de lui expliquer succinctement l'origine discale ou disco-radiculaire des symptômes, et la façon dont les mouvements répétés vont permettre de faire migrer le matériel nucléaire vers le centre du disque et ainsi diminuer la stimulation douloureuse.

Nous pouvons ainsi par exemple montrer à l'aide d'une balle la manière dont les mouvements de la colonne influent sur le noyau pulpeux, et ainsi exposer que lorsque l'on maintient longtemps la colonne en flexion, par exemple en station assise avachie, le contenu intra-discal est chassé en arrière.

Cependant, il est conseillé de ne pas donner d'explications trop poussées sur l'entité anatomique particulière incriminée, cela afin d'éviter une augmentation de la menace perçue par le patient (dernières recommandations du Journal Of Orthopaedic And Sport Physical Therapy). Cela peut se comprendre lorsque l'on rencontre par exemple ces patients qui développent une angoisse massive à l'annonce d'une hernie discale. La pose du diagnostic va créer chez eux des représentations anxieuses, des blocages, des appréhensions pouvant aboutir à une kinésiophobie, bref ce que nous cherchons à éviter. Il est donc primordial, comme corollaire à notre explication, notamment chez les patients à risque (drapeaux jaunes), de proclamer que le disque comme n'importe quel autre tissu cicatrise et qu'« un dos qui bouge a bien davantage de chances d'être en bonne santé. »

3. L'utilisation de comparaisons, d'analogies

Un autre moyen de convaincre le patient est l'utilisation de comparaisons, d'analogies. Elles auront un rôle éducatif et permettront de désamorcer cette situation anxieuse qu'est le lumbago.

La cicatrice : « Vous vous être coupé le doigt en cuisinant, à chaque fois que vous le pliez, que vous allez en flexion, vous allez écarter les berges de la cicatrice ». Puis

plus tard dans la rééducation, « Maintenant que cela est cicatrisé, il va falloir assouplir cet cicatrice, afin d'éviter l'enraidissement, et d'entraîner le doigt à supporter la flexion ». La deuxième partie est importante car certains sujets peuvent être désarçonnés par la réintroduction de la flexion et cela va être une manière simple de leur expliquer le pourquoi des exercices en flexion.

Le compte bancaire : « Lorsque vous êtes avachi, vous débitez de l'argent, quand vous faites les exercices vous créditez votre compte. »

Cette analogie est très intéressante, notamment dans le but d'autonomiser le patient, car l'idée ici est de rendre le patient capable de gérer lui-même son mal de dos en fonction de ses activités. « Cela arrive à tout le monde de faire des bêtises avec son dos, d'être débiteur, l'idée est alors de recréditer le compte avec des exercices. »

Le doigt retourné pour la station assise avachie : « Au bout de quelques minutes, la douleur va se majorer, puis il y a aura éventuellement une lésion. »

Cette image permet au patient de comprendre qu'une position articulaire extrême maintenue de façon prolongée va être à l'origine de douleurs.

L'hygiène bucco-dentaire : « De la même manière que vous vous brossez les dents trois fois par jour afin d'éviter d'avoir des caries, vous faites ces exercices afin de ne pas avoir mal au dos ».

Le tabac pour les patients fumeurs : « Vous prenez 10 fois cinq minutes par jour afin de fumer, vous pourriez prendre une minute de plus après chaque cigarette pour faire vos exercices. »

4. Eviter le catastrophisme et aider le patient à se projeter

Lorsque les patients arrivent en consultation et sont très douloureux, avec des irradiations, des coups de tonnerre dans la cuisse pour certains, ils peuvent être très anxieux. Il est alors primordial d'être un réceptacle stable et solide face à ces peurs. Il n'y a rien de pire pour un patient douloureux qu'un thérapeute angoissé lui aussi. D'autant que les appréhensions du patient auront tendance à créer de la kinésiophobie. Comme écrit plus haut, il faut lui affirmer qu'un dos mobile a davantage de chances d'être en bonne santé, et éventuellement faire de l'éducation à la douleur s'il s'agit de patients douloureux chroniques. Nous devons rester positifs. Aussi, il ne faut pas être pris de court ou sembler désarçonné au cours de la consultation, car cela va augmenter les angoisses, la sensation de menace perçue par le patient et donc ses douleurs. Nous devons ainsi toujours avoir plusieurs coups d'avance, comme lors d'une partie d'échecs, en ayant notamment en tête les algorithmes décisionnels présents dans les manuels, et l'analogie très utile des feux de la circulation. Le patient aura l'impression que vous maîtrisez la partie, ce qui est probablement vrai par ailleurs, et sera davantage rassuré et enclin à vous faire confiance.

Tout au long de la rééducation, il faut aussi aider le patient à se projeter, parler de l'avenir et fixer des objectifs, notamment lorsque la rééducation prend du temps. Il sera intéressant alors de résumer le chemin parcouru, les bénéfices obtenus et de renforcer les comportements positifs du patient.

Quelques exemples :

_ « Maintenant, le dévrouillage matinal ne dure plus que quelques minutes, avant cela mettait une demi heure, il faut continuer de travailler et bientôt vous vous lèverez sans douleur »

_ « Ensuite lorsque les douleurs ne seront plus que ponctuelles et locales, nous réintroduirons la flexion de manière progressive, c'est à dire le mécanisme lésionnel, afin d'éviter tout enraidissement, toute kinésiophobie et enfin de rendre votre corps endurant face aux flexions prolongées ».

5. Les croyances du patient

Il est également contre-productif de paraître dogmatique et de se braquer face aux croyances du patient. Celui-ci vient avec son histoire, son parcours de soins, et l'on se doit de le respecter. Cela est primordial afin de créer une alliance thérapeutique et donc une adhésion au traitement de sa part.

Par exemple, certains patients débordent de confiance envers leur ostéopathe, leur étio-pathe. L'erreur, lorsque ces patients vous disent que leur thérapeute leur a dit que leur bassin/leur vertèbre était déplacé, serait de leur répondre que les tests employés ne sont pas fiables, que si une vertèbre était luxée, il y aurait une compression médullaire. Au contraire, il est beaucoup plus efficace d'affirmer que nous avons quelques exercices réalisables seuls qui pourraient faire le travail de leur ostéopathe et « remettre leur dos en place ».

Autre exemple, lorsqu'une patiente vous dit qu'elle a toujours eu mal au dos car, son médecin le lui a dit, elle est trop cambrée, vous pouvez lui dire que, dans son cas, garder cette lordose marquée semble préférable d'après le bilan. Vous lui proposez d'essayer cela pendant quelques jours, et d'évaluer ensuite l'incidence sur ses douleurs.

L'idée ici est d'être créatif et de ne pas entrer en conflit avec les croyances du patient car en cas de dissonance cognitive (lorsque le patient est confronté à de nouvelles informations incompatibles avec ses croyances) le patient marchera toujours à l'économie et préférera s'accrocher à ses précédentes idées. On perdra alors son adhésion au traitement. Il faut donc composer et proposer une nouvelle vision au patient sans entrer en conflit avec ses conceptions. Nous devons le convaincre d'adhérer à la méthode McKenzie, et cela ne se fera pas sans respecter ses croyances, ses principes, son histoire, nous aurions alors toutes les chances de rater notre objectif.

6. Les supports écrits

Les livres d'auto-traitement fournissent une aide précieuse : ils permettent d'augmenter l'adhésion du patient au traitement, de lui donner des informations complémentaires. Ne pas hésitez à prêter ces livres à vos patients.

Les fiches d'exercices sont elles aussi importantes, car elles permettent au patient de réaliser correctement l'exercice et de favoriser leur réalisation au quotidien.

IV. Les séances suivantes

1. Evaluer les freins, et les bénéfices au changement de comportement du patient

Lors des séances suivantes, nous nous enquérons de l'état de santé du patient puis, si celui-ci a réussi à réaliser ses exercices au quotidien. Or lors de tout changement de comportement, nous sommes confrontés à l'ambivalence du patient. Pour caricaturer, une partie de lui désire aller mieux, est prête à faire des exercices pour cela, enfin une autre se laisse porter par une forme d'inertie, et montre une résistance au changement.

De manière générale, si on affirme au sujet qu'il y a des bénéfices au changement de comportement, si on fait la publicité de nos exercices avec insistance, le patient va spontanément réfléchir aux obstacles, voire les verbaliser au thérapeute. Au contraire, en prenant à rebours le patient, en parlant des inconvénients (« Je sais que cela prend du temps. ») , votre interlocuteur va souvent spontanément relativiser ces « inconvénients » et émettre ce type de commentaire « Enfin ça ne prend pas trop de temps quand même, il ne faut pas exagérer. »

Réfléchir aux obstacles avec le patient est également bénéfique car, à cette occasion, nous pouvons discuter ensemble des moyens de les contourner. Par exemple : « Qu'est-ce qui vous empêche de réaliser ces exercices ? _ Je n'ai nulle part où les faire au travail. » Puis en cherchant ensemble les solutions à mettre en place « Je pourrais faire cet exercice au vestiaire en amenant un tapis de sol. »

Faire verbaliser les bénéfices des exercices par le patient est également important afin d'augmenter sa motivation. Exemple : « Ces mouvements semblent vous soulager, qu'en pensez-vous ? ». Le patient pourra évoquer lui-même la plus-value qu'apportent ces auto-mobilisations, .

Autre méthode intéressante, évoquer avec le patient les moments où il va pouvoir réaliser les exercices : « Quand pourriez vous faire cela ? ». Le sujet va trouver de lui-même des instants où il pourra travailler, et il aura tendance à faire ces exercices à ces occasions beaucoup plus facilement qu'aux moments où nous lui avons suggéré de le faire. L'idée reste la même : nous voulons qu'il prenne une part active à l'interaction, qu'il abandonne une posture passive qui est par définition incompatible changement.

7.2 Encourager le changement

Lorsque le patient dit « J'ai réussi à faire les exercices deux fois dans la journée » ou « J'ai pensé à vous, je me suis redressé à un moment dans la journée mais sinon c'est vrai que j'ai plutôt été avachi. », il est important de l'encourager dans ce cas, lui dire que c'est positif. Infantiliser le patient, le faire culpabiliser au contraire a davantage de chance d'être négatif sur l'observance. A chaque étape, depuis l'affirmation de la volonté de changer jusqu'à l'acte, il faut valoriser le patient. C'est ce renforcement positif récurrent qui permettra de changer ses habitudes de vie.

V. Conclusion

Etre un bon thérapeute nécessite de développer un certain nombre d'aptitudes, et notamment de bonnes compétences relationnelles. Cela est encore plus vrai en ce qui concerne la méthode McKenzie, car nous demandons au patient de changer au quotidien son attitude vis à vis de ses problèmes de dos en adoptant un comportement actif afin de guérir et de prévenir les récurrences. D'autre part, nous l'observons dans notre pratique, les problèmes de dos ont pour étiologie une intrication de facteurs divers et variés que nous ne pouvons réduire à un problème biologique. Il existe des facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux. La méthode McKenzie est efficace également parce qu'elle agit non seulement sur la sphère mécanique, mais également sur la sphère psychologique en faisant adopter au patient une position active face à sa pathologie. Elle va lui permettre de mobiliser ses capacités à travers des solutions simples et applicables au quotidien. Et l'entretien motivationnel nous aide grandement en ce sens grâce à ses conseils et techniques, car il est efficace pour les pathologies chroniques qui nécessitent un changement de comportement chez le patient.

Sources :

- _ « Pratique de l'entretien motivationnel » de S. Rollnick, W. R. Miller & C. C. Butler paru en 2009, InterEditions
- _ « Education Thérapeutique » de D. Simon, P.-Y. Traynard, F. Bourdillon, R. Gagnayrie & A. Grimaldi, paru en 2010 chez Masson, collection Abrégés
- _ « The Lumbar Spine, Mechanical Diagnosis & Therapy » de R. McKenzie et S. May, paru en 2003 chez Spinal Publication
- _ Les différents manuels distribués lors de nos séminaires.