

**Académie d'Orléans - Tours
Université François - Rabelais**

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2012

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Aurélie EGRON
Née le 10/06/1982 à Vannes (56)

Présentée et soutenue publiquement le 15 juin 2012

PERCEPTION ET OPINION DES MEDECINS GENERALISTES APRES UNE FORMATION
A L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL
DANS LE CADRE DE LA PROMOTION DU DEPISTAGE ORGANISE DES CANCERS

Jury

Président de Jury :	Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres du jury :	Monsieur le Professeur Philippe COLOMBAT
	Monsieur le Professeur Emmanuel RUSH
	Madame le Docteur Morgiane BRIDOU
	<u>Monsieur le Docteur Ken HAGUENOER</u>
	Monsieur le Docteur Boris SAMKO

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN
J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques

	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-----	---------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	CORTESE Samuele	Pédopsychiatrie
Mmes	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion

M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	ROBERT Jean	Médecine Générale
----	-------------	-------------------

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer mes plus sincères remerciements à l'ensemble des membres du jury qui ont accepté de juger mon travail.

A Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz.

C'est grâce à vous que ce travail a pu commencer. Ce jour vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous en suis très reconnaissante. Recevez l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Messieurs les Professeurs Emmanuel Rush et Philippe Colombat.

Je suis très honorée de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail. Recevez l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Madame Morgiane Bridou, psychologue et doctorante en psychologie.

Pour son aide précieuse, ses remarques constructives et sa disponibilité durant tout ce travail.

A Monsieur le Docteur Boris Samko, médecin généraliste et maître de stage.

Pour m'avoir enseigné l'exercice de la médecine générale. Pour sa disponibilité, sa confiance, son écoute et la pertinence de ses conseils.

Particulièrement à Monsieur le Docteur Ken Haguenoer, mon directeur de thèse.

Pour sa disponibilité, ses critiques constructives, sa rigueur et sa patience tout au long de ce travail. Avec toute ma gratitude et mon profond respect.

Je remercie aussi Madame Sandra Aymeric, interne en santé publique, et l'association EMC² pour leur participation à ce travail.

Je souhaite également remercier Madame Peggy Castex, maître de conférence à la Sorbonne Paris IV, pour sa traduction en anglais et ses précieux conseils.

Je voudrais également remercier les médecins généralistes suivants, pour la confiance qu'ils m'ont accordée et leurs précieux conseils lors de mes débuts en médecine générale.

Aux Docteurs Françoise Cougnaud, Benoît Jacquart, Michel Le Velly, Sophie Lizé, Pascal Plouzeau, Bernard Reboul et Boris Samko.

Aux secrétaires Cécile et Patricia, mais aussi Nadine, Isabelle, Paulette et Odile, pour leur travail accompli, leur soutien et leur si appréciable café : instant de réconfort.

Je pense aussi à toute l'équipe du service des urgences de l'hôpital de Chinon pour leur accueil chaleureux et professionnel, et la découverte du pays de François Rabelais.

Je tiens également à remercier ma famille, mes amis, et tous mes proches.

A Papa, qui nous a transmis sa passion des études et notamment celle de la médecine. Pour son soutien sans faille durant toutes les épreuves de la vie que nous avons traversées. Merci d'être là et d'avoir cru en moi.

A Maman, qui nous a quittés trop tôt après avoir lutté courageusement contre la maladie. J'aurais tant aimé que tu sois là.

A mes cinq petites sœurs,

A Adeline, Elise, Anne-Claire, Carole et Laure.

Pour votre tendresse, votre sensibilité, votre joie de vivre, votre soutien inconditionnel et vos encouragements. Merci les filles, j'ai beaucoup de chance de vous avoir.

A mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, et tous mes proches pour leurs encouragements et leur soutien pendant toutes ces années, particulièrement :

A Totoche, qui a toujours été là pour nous. Pour sa présence bienveillante et tout ce qu'elle m'a appris de la vie.

A Jeanine, qui m'a accompagnée de façon privilégiée pendant mon internat à Tours.

A Georges Durand, pour sa relecture méthodique et rigoureuse, ses remarques pertinentes, et son soutien.

A Amélie Durand, pour sa participation informatique à ce travail et sa gentillesse.

A Muriel et ses filles, pour les moments de bonheur partagés et leurs encouragements.

Aux parents d'Alexandre et à sa famille, pour leur accueil chaleureux et leurs attentions.

A Nicole Molina, pour ses nombreux messages d'encouragement et sa gentillesse.

A mes amis et à mes cointernes,

A Amélie B, Alice, Elodie, Sabrina et particulièrement **Marie et ses fils.**

A Elodie et Joachim, Diane, Prune, Aurélie, Guillaume, Sonia et ses enfants.

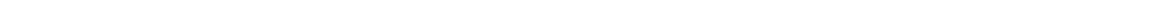
Merci pour votre soutien et votre amitié depuis la Bretagne ou la Touraine, malgré la distance et les années médecine, avec leurs lots de joies et de larmes. Aux heureux événements à venir.

Enfin je remercie particulièrement **Alexandre**, pour sa patience, son soutien inconditionnel durant toutes ces années médecine, sa tendresse et son aide précieuse tout au long de ce travail, notamment en informatique.

Je remercie encore **Georges, Elise, Alexandre, Marie et Papa**, pour le temps qu'ils ont consacré aux corrections et à la relecture attentive de cette thèse, ainsi que Jeanine, Adeline et Anne-Claire.

A mes Grands-Parents,

A Maman,



PERCEPTION ET OPINION DES MEDECINS GENERALISTES APRES UNE FORMATION A L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL DANS LE CADRE DE LA PROMOTION DU DEPISTAGE ORGANISE DES CANCERS

Résumé

Contexte : Une des priorités du Plan cancer 2009-2013 est d'impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage pour mieux garantir l'égalité d'accès et de recours au dépistage organisé des cancers (DOC). Afin d'augmenter le taux de participation au DOC en région Centre, la Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de Santé (FRAPS) a coordonné en 2008-2009 une recherche-action intitulée : « Identification des freins et leviers au DOC du sein, du col de l'utérus et colorectal, auprès des populations en situation de précarité en région Centre ». Cette étude a montré que la qualité relationnelle des professionnels de santé, pouvait freiner ou encourager l'adhésion au DOC. Ainsi, une des recommandations formulées par la FRAPS était de mettre en œuvre une formation à l'entretien motivationnel (EM) à l'intention des médecins généralistes (MG) de la région Centre, dans la promotion du DOC. En 2011, 19 MG ont participé pendant 2 jours à une formation à l'EM dans le cadre du dépistage organisé des cancers.

Objectif : Evaluer à moyen terme (6 mois), la perception et l'opinion des 19 MG après une formation à l'EM dans le cadre du dépistage organisé des cancers en région Centre.

Méthode : Réalisation d'entretiens téléphoniques à partir d'une grille d'entretien semi-dirigé. Retranscription complète. Analyse qualitative en 2 parties. La seconde, comparative, réalisée à l'aide d'un logiciel d'analyse textuelle (Alceste). Pour les questions fermées et sociodémographiques, réalisation d'une analyse quantitative.

Résultats :

- 18/19 (94,7%) ont utilisé la technique de l'EM dans leur pratique professionnelle et ont l'intention de continuer à l'appliquer.
- 6/19 (31,6%) ont utilisé la technique de l'EM dans la promotion du DOC.
- Pourtant 17/19 (89,5%) ont l'intention de mettre en œuvre cette technique dans la promotion du DOC car elle permettrait d'ouvrir le dialogue avec le patient et l'amener à adhérer au DOC.

Conclusion : Les avantages de la méthode de l'EM dans la pratique professionnelle des médecins généralistes sont indéniables, particulièrement en addictologie. Bien que le manque de temps souligné au cours des consultations de médecine générale semble à l'heure actuelle limiter son utilisation, elle offre de nouvelles perspectives dans la relation médecin-patient. L'EM semble également se révéler bénéfique dans la promotion du DOC.

Mots clés : entretien motivationnel, dépistage organisé des cancers, formation, médecins généralistes, région Centre, FRAPS.

INSIGHT AND FEEDBACK FROM GENERAL PRACTITIONERS, AFTER TRAINING IN MOTIVATIONAL INTERVIEW TECHNIQUES FOCUSED ON THE PROMOTION OF MASS CANCER SCREENING

Summary

Context : As one of its main priorities, the 2009-2013 cancer Plan seeks to involve general practitioners (GPs) in national screening to guarantee equal access to and use of the Cancer Screening Program (CSP). To boost the rate of CSP participation in the Central Region, the Regional Federation of Agents for Health Promotion (RFAHP) coordinated, over 2008-2009, a research initiative entitled "Identification of pressures for and against a breast, cervix and colorectal CSP among the underprivileged in the Central Region". This study showed that the relational quality of health professionals could serve as a catalyst or a deterrent to support for mass cancer screening. Therefore, to promote the CSP, the RFAHP recommended setting up training sessions in motivational interviewing for GPs in the Central Region. In 2011, 19 GPs attended 2 days of training in motivational interviewing (MI) focused on mass cancer screening.

Aim : Medium term evaluation (6 months) of views and feedback from the 19 GPs who underwent training in MI centered on mass cancer screening in the Central Region.

Method : Use of an interview grid to establish broad guidelines. Telephone interviews recorded on complete transcripts. Qualitative analysis of contents checked against textual analysis software (Alceste). Quantitative analysis of yes/no and socio-demographic questions.

Results :

- 18/19 (94,7%) tested the MI technique in their professional practice and intended to continue applying it.
- 6/19 (31,6%) used the MI technique to promote mass cancer screening.
- However 17/19 (89,5%) intended to apply this technique to promote the CSP in the future because it opens the dialogue with patients and can ultimately encourage them to get tested.

Conclusion : The benefits of the MI method in the professional practice of GPs are undeniable, particularly in cases of addiction. Although the lack of time reported during general consultations seems to limit its use at present, it does offer new perspectives in the doctor-patient relationship. It also appears to prove beneficial in promoting the CSP.

Keywords : motivational interviewing, cancer screening program, training, general practitioners, Central Region.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	4
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	6
2.1. Population étudiée	6
2.2. Grille d'entretien	6
2.3. Passation et déroulement des entretiens téléphoniques.	6
2.4. Saisie et analyse des données	7
3. RÉSULTATS	8
3.1. Analyse quantitative	8
3.1.1. Description des participants	8
3.1.2. L'entretien motivationnel dans la pratique professionnelle.....	8
3.2. Analyse qualitative	9
3.2.1. Avant la formation (Q1 à Q4).....	9
3.2.2. La formation (Q5 et Q6).....	11
3.2.3. Utilisation de l'entretien motivationnel dans la pratique professionnelle (Q7 et Q8).....	14
3.2.4. Intérêt de l'entretien motivationnel dans la pratique professionnelle (Q9 à Q11).....	17
3.2.5. Pistes d'amélioration de la formation (Q12 à Q17).....	21
3.2.6. Questions diverses à la fin du questionnaire.....	24
3.2.7. Analyse factorielle réalisée à partir du logiciel Alceste	25
4. DISCUSSION.....	27
4.1. Intérêt de la mise en place d'une formation pilote à l'EM dans le cadre du DOC..	27
4.2. Déroulement de la formation et choix pédagogiques	28
4.3. L'EM dans la pratique professionnelle hors DOC.....	30
4.4. L'EM dans le dépistage organisé des cancers	31
4.5. Limites et intérêts méthodologiques de l'évaluation	33
4.6. Conclusion.....	35
5. BIBLIOGRAPHIE.....	36
6. ANNEXES	39
6.1. Annexe 1 : Grille d'entretien téléphonique	39
6.2. Annexe 2 : Entretien Motivationnel	43

TABLEAUX

TABLEAU 1 : REPONSES DES PARTICIPANTS AUX QUESTIONS FERMEES	8
TABLEAU 2 : REPONSES DES PARTICIPANTS SUR LEURS OPINIONS ET ATTENTES VIS-A-VIS DE LA FORMATION AINSI QUE SUR LEURS MOTIVATIONS POUR REMETTRE DES TESTS HEMOCCULT-II [®] AVANT LA FORMATION (Q1 A Q4)	9
TABLEAU 3 : REPONSES DES PARTICIPANTS SUR LA PERCEPTION DE CETTE FORMATION (Q5)	11
TABLEAU 4 : REPONSES DES PARTICIPANTS SUR CE QU'ILS ONT RETENU DE CETTE FORMATION (Q6)	13
TABLEAU 5 : REPONSES DES PARTICIPANTS SUR L'APPLICATION DE L'EM DANS LEUR PRATIQUE PROFESSIONNELLE (Q7)	14
TABLEAU 6 : REPONSES DES PARTICIPANTS SUR L'APPLICATION ET LEUR INTENTION DE METTRE EN ŒUVRE L'EM DANS LA PROMOTION DU DEPISTAGE ORGANISE DES CANCERS (Q8)	15
TABLEAU 7 : REPONSES DES PARTICIPANTS SUR LEUR INTENTION DE METTRE EN ŒUVRE L'EM DANS LA PROMOTION DU DEPISTAGE ORGANISE DES CANCERS (Q8)	16
TABLEAU 8 : REPONSES DES PARTICIPANTS SUR L'INTERET DE L'EM DANS LEUR PRATIQUE PROFESSIONNELLE (Q9)	18
TABLEAU 9 : REPONSES DES PARTICIPANTS SUR LA FAÇON DONT CETTE METHODE PEUT FAIRE CHANGER LES COMPORTEMENTS DE SANTÉ (Q10)	19
TABLEAU 10 : REPONSES DES PARTICIPANTS SUR LA POSSIBILITE D'AMELIORATION DU DOC PAR CETTE METHODE DE L'EM (Q11)	20
TABLEAU 11 : REPONSES DES PARTICIPANTS SUR LA PERTINENCE DE CETTE FORMATION PENDANT LA FORMATION INITIALE (Q13)	21
TABLEAU 12 : REPONSES DES PARTICIPANTS SUR LA PLACE CONSACREE AU DEPISTAGE ORGANISE PENDANT CETTE FORMATION (Q14)	22
TABLEAU 13 : REPONSES DES PARTICIPANTS SUR LEUR SOUHAIT D'APPROFONDIR LEURS CONNAISSANCES A L'EM SUITE A CETTE FORMATION (Q17)	23
TABLEAU 14 : REPONSES DES PARTICIPANTS SUR CE QU'ILS ONT AJOUTE A LA FIN DU QUESTIONNAIRE	24

LISTE DES ABRÉVIATIONS

EM	: Entretien Motivationnel
DOC	: Dépistage Organisé des Cancers
DUMG	: Département Universitaire de Médecine Générale
SASPAS	: Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée
InVS	: Institut de Veille Sanitaire
INCa	: Institut National du Cancer
FRAPS	: Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé
ARS	: Agence Régionale de Santé
AFDEM	: Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel
MG	: Médecin(s) Généraliste(s)
Ind	: Individu
Q	: Question(s)

1. INTRODUCTION

Une des priorités du Plan cancer 2009-2013 est d'impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage afin de mieux garantir l'égalité d'accès et de recours au dépistage organisé des cancers (1). En 2010, le taux de participation national était de 52% pour le dépistage organisé du cancer du sein et de 34% pour le dépistage organisé du cancer colorectal (2). Or le référentiel européen préconise un taux de participation au dépistage organisé de la population cible supérieur ou égal à 70% pour le cancer du sein et de 65% pour le cancer colorectal (3).

Afin d'accroître le taux de participation au dépistage organisé des cancers en région Centre, la Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé (FRAPS) a coordonné en 2008-2009 une recherche-action intitulée : « *Identification des freins et leviers au dépistage organisé des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal, auprès des populations en situation de précarité en région Centre* » (4). L'objectif de cette étude était d'identifier les obstacles au dépistage organisé des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal, auprès des populations en situation de précarité en région Centre. Cette étude a mis en évidence le fait que la qualité relationnelle de prise en charge par les professionnels de santé, pouvait être un frein ou un levier à l'adhésion au dépistage organisé des cancers (DOC) (4).

Ainsi, une des recommandations formulées par la FRAPS à l'issue de cette recherche-action était de mettre en œuvre une formation à l'entretien motivationnel (EM) à l'intention des médecins généralistes (MG) de la région Centre, dans la promotion du DOC (5).

La méthode de l'entretien motivationnel a été définie en 1991 par les psychologues Miller et Rollnick comme : « *Une approche centrée sur la personne qui vise à amener à un changement de comportement par l'augmentation de la motivation intrinsèque en aidant le patient à explorer et à résoudre son ambivalence* » (6) (Annexe 6-2).

L'objectif de cette formation était d'initier les médecins généralistes à l'EM, dans le cadre du dépistage organisé des cancers, afin d'améliorer le taux de participation au DOC. Cette méthode de l'EM, fondée sur l'empathie, l'écoute réflexive et les questions ouvertes, permettrait d'inviter le patient à changer de comportement, et ainsi de l'amener à participer au DOC (7).

Ce projet de formation a été approuvé et cofinancé par l'Institut National du Cancer (INCa), l'Agence Régionale de Santé (ARS) de la région Centre, et Sanofi-Aventis (*).

Des experts de l'entretien motivationnel tels que l'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel (AFDEM), rencontrés lors de la présentation du projet 2008-2009, ont préconisé la réalisation de cette formation sur deux journées (8).

Ainsi, deux sessions de formation pilotes à l'entretien motivationnel, illustrées par le dépistage organisé des cancers du sein et colorectal, ont été mises en place, en région Centre, auprès de 19 internes de médecine générale.

La formation s'est déroulée à la faculté de médecine de Tours, les 8 et 25 mars 2011 pour la première session et les 12 avril et 3 mai 2011 pour la seconde session. Pour réaliser cette formation, la FRAPS a fait appel à un organisme de formation représenté par madame Florence Da Silva, formatrice et organisatrice à l'ESCALE (Formation et conseil en éducation thérapeutique) et par le Docteur Guy Azoulai, addictologue et psychothérapeute.

La première journée de chaque session a été essentiellement consacrée à l'initiation à l'EM et la seconde journée était illustrée par la promotion du DOC, avec l'intervention d'un médecin coordonnateur du Centre de Coordination des Dépistages des Cancers d'Indre et Loire. Au total, 19 étudiants, respectivement répartis en deux groupes : 8 pour le premier et 11 pour le second, ont participé à cette formation (**).

L'évaluation de ce projet de formation était prévue en deux temps (9). Une première évaluation interne, à court terme, a été réalisée. Un questionnaire a été remis aux étudiants à l'issue de cette formation, afin d'évaluer le contenu et les modalités pratiques de cette formation.

Une seconde évaluation externe à la formation, a été réalisée à moyen terme (6 mois), auprès des participants, par entretiens téléphoniques.

L'objectif de notre travail était de connaître la perception et l'opinion des médecins généralistes, après une formation à l'entretien motivationnel dans le cadre du dépistage organisé des cancers, en région Centre, en réalisant l'évaluation externe, six mois après la formation.

() La subvention de ce projet accordée par l'INCa est de 10 900 euros. Elle est de 9 800 euros pour l'ARS, et de 1000 euros pour Sanofi Aventis. Soit un budget global de 21 700 euros. (INCa-Soutien aux actions menées pour la prévention, le dépistage et la détection précoce des cancers - Appels à projet 2010- Santé publique)*

*(**) J'ai également assisté à cette formation, mais dans un souci d'objectivité, j'ai choisi de ne pas participer à son évaluation.*

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1. Population étudiée

Dix-neuf internes en médecine générale ou jeunes médecins généralistes remplaçants¹ en région Centre, répartis en deux groupes de huit et onze participants, ont participé à cette formation à l'entretien motivationnel illustrée par le dépistage organisé des cancers en région Centre.

Tous les participants avaient déjà réalisé leur stage praticien niveau 1 (stage en médecine générale).

2.2. Grille d'entretien

Une grille d'entretien semi-dirigé a été élaborée avec une psychologue et doctorante en psychologie.

Cette grille était constituée de questions ouvertes et fermées (Annexe 6-1).

Elle comportait six thématiques distinctes :

- 1- renseignements administratifs sociodémographiques sur les MG participants (âge et semestre en cours, expérience professionnelle dans le cadre du dépistage des cancers)
- 2- motivations des MG à participer à cette formation ainsi que leur opinion sur le sujet
- 3- perception et évaluation du contenu et de l'organisation de la formation par les MG participants
- 4- application de l'entretien motivationnel dans la pratique professionnelle et plus spécifiquement dans la promotion du dépistage organisé des cancers
- 5- intérêt de cette formation dans la pratique professionnelle en général et pour le dépistage organisé des cancers en particulier
- 6- suggestions éventuelles pour améliorer cette formation

2.3. Passation et déroulement des entretiens téléphoniques.

À la fin de chaque session de formation, les participants étaient informés que cette évaluation se déroulerait environ 6 mois après la formation et avaient transmis leurs coordonnées dans ce but.

L'accord préalable de chaque participant avait été sollicité et obtenu pour participer à cette évaluation. L'anonymat et la confidentialité des données obtenues étaient garantis.

¹ Dans un souci de clarté, le terme "Médecin(s) Généraliste(s)" (ou MG) sera utilisé dans la suite de ce document et recouvrira les internes en médecine générale ainsi que les jeunes médecins généralistes remplaçants.

Les participants ont été contactés dans un premier temps par e-mail pour convenir d'une date afin de réaliser les entretiens téléphoniques.

Ainsi, nous avons réalisé les entretiens téléphoniques qui se sont déroulés du 17 au 23 octobre 2011, au rythme de 4 entretiens par jour en moyenne.

Ceux-ci ont été enregistrés à l'aide d'un micro relié à un dictaphone numérique. Les participants étaient informés que l'entretien était enregistré et avaient la possibilité de s'y opposer. La durée moyenne des entretiens était de 18 minutes (écart-type = 5,76).

2.4. Saisie et analyse des données

L'intégralité des entretiens téléphoniques a été retranscrite par une dactylographe. Ces entretiens ont été ensuite relus et mis en format texte (« Txt ») pour pouvoir être analysés.

Les réponses aux questions fermées ont été analysées quantitativement. Les variables qualitatives étaient présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives étaient présentées, quant à elles, sous forme de moyenne et d'écart-type.

Nous avons ensuite procédé à une analyse qualitative de contenu. Celle-ci a été conduite en deux temps.

Dans un premier temps, nous avons décortiqué les réponses de l'ensemble des participants à chaque question (une par une) ; l'analyse a été réalisée d'abord "manuellement", puis avec le logiciel d'analyses de données textuelles ALCESTE version 2010 (analyse en tri croisé).

Dans un second temps, une analyse factorielle des correspondances a été menée à l'aide du logiciel ALCESTE, afin d'identifier les principales thématiques abordées par les participants, sans tenir compte des questions posées.

Dans les résultats, les citations issues des entretiens téléphoniques sont présentées en italique.

3. RÉSULTATS

3.1. Analyse quantitative

3.1.1. Description des participants

La population étudiée était constituée de 7 hommes âgés en moyenne de 32,4 ans (écart type = 8,0) et 12 femmes âgées en moyenne de 28,0 ans (écart type = 1,6). La moyenne d'âge de l'échantillon était de 29,6 ans (écart type = 5,2).

Il s'agissait d'internes en médecine générale, ayant tous déjà réalisé leur stage praticien de niveau 1. Ils étaient en fin de cursus pour la plupart (Figure 1), respectivement répartis de la façon suivante : 5 avaient fini leur internat et étaient remplaçants, 8 étaient en 6^{ème} semestre, 3 étaient en 5^{ème} semestre, 2 étaient en 4^{ème} semestre et un MG était en disponibilité.

Concernant la remise des tests Hemocult-II®, 18 sur 19 participants (94,7%) avaient déjà remis ce test à des patients avant de participer à cette formation.

3.1.2. L'entretien motivationnel dans la pratique professionnelle

Parmi les 19 participants :

- 18 (94,7%) ont utilisé l'EM dans leur pratique professionnelle et ont l'intention de continuer à le mettre en œuvre
- 6 (31,6%) ont utilisé l'EM dans la promotion du dépistage organisé des cancers (DOC)
- 17 (84,2%) ont l'intention de mettre en œuvre cette méthode dans la promotion du dépistage organisé des cancers (**tableau 1**).

Tableau 1 : Réponses des participants aux questions fermées

	N=19
Utilisation de l'Entretien Motivationnel (EM)	
<i>Ont utilisé la technique de l'EM dans leur pratique professionnelle</i>	94,7% (18/19)
<i>Ont l'intention de (continuer à) mettre en œuvre l'EM dans leur pratique</i>	94,7% (18/19)
<i>Ont utilisé la technique de l'EM dans la promotion du DOC</i>	31,6% (6/19)
<i>Ont l'intention de (continuer à) mettre en œuvre l'EM dans la promotion du DOC</i>	89,5% (17/19)
Intérêt de l'Entretien Motivationnel (EM)	
<i>Pensent que l'EM est une méthode intéressante dans leur pratique</i>	100% (19/19)
<i>Pensent que l'EM peut améliorer la participation au DOC</i>	84,2% (16/19)
Suggestions visant l'amélioration de cette formation	
<i>Pensent qu'il est pertinent de réaliser cette formation pendant l'internat</i>	100% (19/19)
<i>Pensent que la place consacrée au DOC dans la formation était suffisante</i>	84,2% (16/19)
<i>Souhaitent approfondir leurs connaissances à l'EM suite à cette formation</i>	100% (19/19)

EM = entretien motivationnel DOC = dépistage organisé des cancers

3.2. Analyse qualitative

Nous rapportons ici les résultats de l'analyse de contenu des entretiens.

Les entretiens ont tout d'abord été analysés « manuellement » (parties 3.2.1 à 3.2.6), puis à l'aide du logiciel d'analyse de données textuelles Alceste (partie 3.2.7).

Le questionnaire est disponible en annexe 6-1.

3.2.1. Avant la formation (Q1 à Q4)

Les questions 1 à 4 exploraient les motivations pour participer à la formation, les attentes et l'implication dans le dépistage organisé des cancers avant la formation.

Tableau 2 : Réponses des participants sur leurs opinions et attentes vis-à-vis de la formation ainsi que sur leurs motivations pour remettre des tests Hemoccult-II® avant la formation (Q1 à Q4)

Questions	Contenu des réponses	Citations des participants
Motivations pour participer à la formation (Q1)	<ul style="list-style-type: none">▪ heures à valider▪ sujet intéressant▪ sujet de thèse▪ par curiosité▪ aide dans la prise en charge des patients▪ enseignement disponible à la faculté	<i>Ind 1 Q 1 : « Ça restait un peu flou pour moi... J'en avais entendu parler effectivement. Je n'avais pas d'idées préconçues sur le sujet et il me restait des heures de séminaires à valider ».</i>
Opinion et attentes théoriques et pratiques (Q2 et Q3)	<ul style="list-style-type: none">▪ pas d'opinion précise▪ c'était flou▪ technique de communication▪ addictologie en général▪ évaluer la motivation des patients▪ mises en situation	<i>Ind 6 Q 3 : « Au niveau théorique, c'était savoir gérer les consultations difficiles en éducation thérapeutique ou en addictologie, comme le sevrage tabagique par exemple. Au niveau pratique, c'était avoir des bases de techniques de communication ».</i>
Motivations pour remettre des tests Hemoccult-II® avant la formation (Q4)	<ul style="list-style-type: none">▪ patients venant avec le courrier du DOC▪ mimétisme des maîtres de stage▪ politique de prévention nationale▪ convaincus des bienfaits▪ par obligation▪ « mission du généraliste »	<i>Ind 13 Q 4 : « Le fait que les médecins généralistes, chez qui j'étais, le fassent ».</i> <i>Ind 8 Q 4 : « Car c'est un outil de dépistage qui a montré son efficacité et parce que les patients sont revenus avec leur attestation envoyée par les organismes de chaque département où j'étais à l'époque. C'est aussi pour ça que j'ai remis les tests ».</i>

Question 1 : Motivations des MG pour participer à la formation

Une grande majorité des participants ne connaissait pas le sujet et ceux-ci étaient venus par curiosité. Certains avaient entendu parler du sujet et le trouvaient intéressant. D'autres avaient rencontré des difficultés dans leurs consultations et pensaient que cette formation pourrait les aider dans la prise en charge des patients. La majorité des participants avait également été motivée pour participer à la formation afin de valider des crédits de formation.

Questions 2 et 3 : Opinion, attentes théoriques et pratiques des MG avant de participer à la formation

La plupart des participants ne savaient pas à quoi s'attendre et n'avaient pas d'opinion précise. Certains pensaient qu'ils allaient être initiés à des techniques de communication ainsi qu'à l'addictologie en général. D'autres avaient une vague idée du sujet et pensaient que cette formation pouvait les aider dans la prise en charge des pathologies chroniques.

Question 4 : Motivations des MG pour remettre des tests Hemoccult-II® avant la formation

Presque tous les participants (18/19) avaient remis des tests Hemoccult-II® avant de participer à la formation.

L'unique participant qui n'avait pas remis de test Hemoccult-II® (Ind 7 Q 4) évoquait comme raison : *« j'ai vu faire mon prat (=maître de stage en médecine générale) mais moi je n'ai jamais eu l'occasion de le faire seul en consultation ».*

Les autres participants avaient remis des tests Hemoccult-II®, suite à une demande du patient qui avait reçu un courrier d'invitation à participer au dépistage organisé du cancer colorectal.

Plusieurs MG ont affirmé qu'ils étaient convaincus des bénéfices du dépistage et estimaient que cela faisait partie de leurs obligations. Ils estimaient qu'il s'agissait d'une des missions du médecin généraliste.

Certains évoquaient la notion de mimétisme par rapport à leurs maîtres de stage. Notons le cas particulier de ceux qui étaient dans le Cher et qui devaient négocier la remise des trois dépistages dans le cadre d'une étude pilote. Quelques MG ont souligné qu'ils demandaient de temps en temps à leurs patients où ils en étaient dans le dépistage.

Enfin, ils déclaraient être incités à remettre des tests Hemoccult-II®, car cela s'inscrivait dans une politique nationale de prévention.

3.2.2. La formation (Q5 et Q6)

Les questions 5 et 6 exploraient le déroulement de la formation et ce qui a été retenu par les participants.

Question 5 : Perception de la formation par les participants

La formation a été très appréciée tant par son contenu que par ses modalités pratiques. L'ambiance était perçue comme « conviviale » et les intervenants jugés « très compétents » (tableau 3).

Tableau 3 : Réponses des participants sur la perception de cette formation (Q5)

Questions	Contenu des réponses	Citations des participants
Impression générale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ convivial ▪ pratique ▪ bien ▪ intéressant ▪ jeux de rôles faciles à faire ▪ complet ▪ outils ▪ satisfait ▪ accessible ▪ dense, trop poussé, qu'une ébauche 	<i>Ind 1 Q 5 : « Nouveau, enrichissant et c'était convivial la façon dont ça s'est déroulé ».</i>
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ conforme aux attentes 	<i>Ind 7 Q 5 : « Oui, même mieux ».</i>
Ambiance du groupe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bonne ambiance ▪ sympa ▪ convivial ▪ dynamique ▪ enrichissant ▪ constructive ▪ pas de jugement ▪ détendue ▪ interactif ▪ patients motivés ▪ intérêt d'être en petit groupe et des semestres mélangés 	<i>Ind 10 Q 5 : « Bonne ambiance, bonne mise en confiance, pas de jugement et c'est vrai que c'était bien mené [...] ils nous guidaient un peu pour ne pas aborder des sujets un peu sensibles. On a pu parler facilement [...] il y avait différents semestres mélangés, c'était bien ».</i>
Compétences des intervenants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ très bien, beaucoup de vécu et d'expérience 	<i>Ind 7 Q 5 : « C'était bien. C'est un mélange d'expériences et de connaissances de communications ».</i>

Durée de la formation en 2 journées différées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bien ▪ permet d'assimiler ▪ de prendre du recul ▪ proposition d'étaler sur plus de temps (1 journée supplémentaire) ▪ un peu court / un peu long 	<i>Ind 16 Q 5 : « Elle était un petit peu courte, deux journées différées c'était le minimum, peut-être que trois journées auraient été nécessaires ».</i>
---	--	--

La notion de petit groupe et de mise en situation pratique par des jeux de rôles a été appréciée. La durée de la formation en deux journées différées a permis pour la plupart des participants, de « décanter » et « d'assimiler la méthode » entre les deux journées de formation. La formation étant un peu dense, certains ont suggéré l'idée d'une journée de formation supplémentaire, pour répartir et approfondir davantage les connaissances pratiques et théoriques.

Question 6 : Ce que les participants ont retenu de cette formation

À l'issue de cette formation, les participants ont retenu des notions à la fois sur le plan relationnel et sur le plan technique.

Sur le plan relationnel, ils ont retenu les notions de « laisser parler », « d'écoute empathique », de « savoir écouter », « ne pas avoir peur des silences », « d'impact de notre attitude » et enfin, ils ont pris conscience de la nécessité de prendre le temps d'écouter.

Sur le plan technique, les participants ont retenu la reformulation, la notion d'ambivalence, de miroir et de reflet. Ils ont également retenu la nécessité de fixer des objectifs réalisables aux patients. Les participants semblaient avoir intégré la nécessité que les idées devaient venir du patient pour être plus efficaces, et qu'il fallait savoir à quel stade de changement de comportement était le patient, pour l'amener et l'accompagner au stade suivant.

D'une manière générale, l'entretien motivationnel est jugé comme une méthode intéressante, difficile, qui s'applique dans beaucoup de domaines. Les participants estimaient que cette technique permettait de faire émerger les choses et de refaire le point sur les dépistages. Certains participants ont évoqué la nécessité d'une formation complémentaire (un « rappel ») afin d'asseoir les connaissances et de ne pas oublier la technique de l'EM (Ind 1 Q 6).

Tableau 4 : Réponses des participants sur ce qu'ils ont retenu de cette formation (Q6)

Questions	Contenu des réponses	Citations des participants
Plan relationnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ laisser parler ▪ écoute empathique ▪ savoir écouter ▪ accepter les silences ▪ impact de l'attitude du soignant ▪ prendre du temps, dont celui d'écouter 	<p><i>Ind 4 Q 6 : « Ecouter davantage les patients et les laisser parler un peu plus ».</i></p> <p><i>Ind 14 Q 6 : « Ça m'a permis de faire émerger plus facilement des choses, notamment en acceptant et respectant les silences ».</i></p>
Plan technique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ reformulation ▪ ambivalence ▪ miroir, reflet ▪ objectifs réalisables ▪ stades de changement ▪ idées proviennent du patient 	<p><i>Ind 1 Q 6 : « Les différentes étapes par lesquelles passent le patient, notamment l'étape d'ambivalence dans l'objectif d'un changement ».</i></p> <p><i>Ind 5 Q 6 : « Qu'il faut partir de la motivation du patient lui-même, sans essayer de le convaincre ».</i></p>
Plan général	<ul style="list-style-type: none"> ▪ méthode intéressante ▪ difficile ▪ fait émerger les idées ▪ permet de refaire le point sur les dépistages ▪ nécessité d'un rappel à distance 	<p><i>Ind 17 Q6 : « J'ai surtout appris à écouter ».</i></p> <p><i>Ind 9 Q 6 : « C'était très intéressant et ça peut toucher tous les secteurs de la médecine ».</i></p> <p><i>Ind13 Q 6 : « Je n'ai retenu certainement que les bases, ce qui m'incite à continuer à me former ».</i></p> <p><i>Ind 11 Q 6 : « C'était l'occasion de refaire le point sur les dépistages ».</i></p>

3.2.3. Utilisation de l'entretien motivationnel dans la pratique professionnelle (Q7 et Q8)

Les questions 7 et 8 exploraient l'application de l'EM dans la pratique professionnelle.

Question 7 : Application de l'EM à la pratique professionnelle (hors DOC)

Parmi les 19 participants, 18 (94,7%) ont utilisé l'entretien motivationnel dans leur pratique professionnelle et ont l'intention de continuer à l'utiliser.

Un participant n'a pas eu l'occasion d'appliquer cette méthode : « *Pas encore, parce que je suis en pédiatrie, mais je vais en Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) le semestre prochain, et j'espère pouvoir l'utiliser* » (Ind 7 Q 7).

L'entretien motivationnel a été utilisé par les participants dans le champ de l'addictologie principalement (sevrage tabac et alcool), mais aussi dans l'éducation thérapeutique, la perte de poids, l'allaitement, la phobie professionnelle, les tentatives de suicide, les syndromes anxio-dépressifs et l'observance thérapeutique.

Les participants ont beaucoup utilisé les questions ouvertes avec leurs patients.

Certains MG estimaient utiliser quelques outils et techniques de l'entretien motivationnel, mais sans avoir la « prétention » de réaliser un véritable entretien (« *deux jours c'est un peu juste pour assimiler l'EM* »), mais avec de bons retours cependant.

Plusieurs participants ont déclaré dans un premier temps ne pas avoir utilisé l'EM dans leur pratique professionnelle ; puis ils ont finalement cité des exemples où ils avaient appliqué cette méthode. 18 participants (94,7%) envisageaient d'appliquer cette méthode dans le futur.

Tableau 5 : Réponses des participants sur l'application de l'EM dans leur pratique professionnelle (Q7)

Questions	Contenu des réponses	Citations des participants
Ont appliqué l'EM dans leur pratique professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> 18/19 ont appliqué l'EM addictologie (sevrage tabac et alcool) éducation thérapeutique observance thérapeutique diététique allaitement tentatives de suicide syndromes anxio-dépressifs phobie professionnelle questions ouvertes outils issus de l'EM 	<p>Ind 4 Q 7 : « <i>Au cours des consultations, j'ai essayé d'utiliser certains des outils qu'ils nous avaient donnés, sans forcément réaliser un entretien complet</i> ».</p> <p>Ind 6 Q 7 : « <i>(...) Dans le cadre du sevrage tabagique et de l'éducation thérapeutique, afin d'évaluer leurs motivations et le stade où ils sont, pour les amener à avancer à la prochaine étape</i> ».</p>
N'ont pas appliqué l'EM dans leur pratique professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> manque d'occasion stage hospitalier inadéquat 	<p>Ind 7 Q 7 : « <i>Pas encore, parce que je suis en pédiatrie, mais je vais en Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) le semestre prochain, et j'espère pouvoir l'utiliser</i> ».</p>

Question 8 : Application de l'EM dans la promotion du dépistage organisé des cancers

Parmi les participants, 13 sur 19 (68,4%) n'ont pas utilisé la méthode de l'entretien motivationnel dans la promotion du dépistage organisé des cancers (tableau 6). Pourtant, 17 (89,5%) ont l'intention de la mettre en œuvre (tableau 7).

Tableau 6 : Réponses des participants sur l'application et leur intention de mettre en œuvre l'EM dans la promotion du dépistage organisé des cancers (Q8)

Questions	Contenu des réponses	Citations des participants
Ont appliqué la méthode de l'EM dans la promotion du DOC (31,6%)	<ul style="list-style-type: none"> permet de connaître les réticences et craintes du patient à se faire dépister essayer de convaincre sans opposition. le problème est le manque de temps lors d'une consultation. 	<i>Ind 6 Q 8 : « Si une patiente n'a encore jamais fait de test Hemocult-II®, ni de mammographie, cela permet de connaître ses raisons et d'essayer d'apporter les arguments qui pourraient lui convenir, afin d'avancer par rapport à ses craintes. Il n'y a pas d'opposition ni de conflit ».</i>
N'ont pas appliqué la méthode de l'EM dans le DOC (68,4%)	<ul style="list-style-type: none"> ils ne rencontrent pas de difficultés avec le dépistage ils sont dans des stages qui ne s'y prêtent pas (urgences, pédiatrie, réanimation). manque de temps au cours d'une consultation. (Les patients montrent le papier à la fin de la consultation !) 	<p><i>Ind 19 Q 8 : « Souvent c'est plutôt par manque de temps, parce que les patients, le plus souvent, nous montrent le papier à la fin de la consultation. Je leur donne juste l'information, leur remets les papiers du dépistage, et puis ça s'arrête là ».</i></p> <p><i>Ind 13 Q 8 : « En fait, les patients qui sont motivés pour le dépistage le sont de toute façon ; il n'y a pas vraiment de personnes qui sont ambivalentes, les patients qui veulent participer au dépistage, y participent, ceux qui veulent pas, sont catégoriques ».</i></p>

On constate que la majorité des participants n'avait pas eu l'occasion de mettre en œuvre cette méthode : soit ils n'étaient pas confrontés à des problèmes de « réticence » ou « d'ambivalence » des patients face au dépistage organisé des cancers (« les patients sont bien disciplinés et viennent avec leur convocation pour qu'on leur remette les tests Hemocult-II® »), soit ils étaient dans des stages hospitaliers où ils ne pouvaient pas appliquer cette méthode : réanimation, pédiatrie, urgences.

Tableau 7 : Réponses des participants sur leur intention de mettre en œuvre l'EM dans la promotion du dépistage organisé des cancers (Q8)

Questions	Contenu des réponses	Citations des participants
Ont l'intention d'appliquer cette méthode dans le DOC (89,5%)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toute méthode est bonne à utiliser pour les convaincre ▪ cette méthode permet de comprendre pourquoi ils sont réfractaires et donc d'essayer de les motiver ▪ l'Hemoccult-II® et le frottis cervico-utérin (FCU) posent le plus de problèmes. 	<p><i>Ind 3 Q 8 bis : « Oui, bien sûr. Dans toutes les situations où il est nécessaire de convaincre son patient, que ce soit pour un problème d'addiction ou pour un problème de dépistage ».</i></p> <p><i>Ind 11 Q 8 bis : « Oui, si j'ai vraiment quelqu'un de réfractaire pour essayer de savoir pourquoi, et de le motiver ; mais en pratique on n'a pas autant de patients réfractaires. Peut-être plus pour l'Hemoccult-II® où ça n'est pas forcément dit en systématique, mais en général ils ont tous eu leur Hemoccult-II® quand même ».</i></p>
N'ont pas l'intention d'appliquer cette méthode dans le DOC (10,5%)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ils estiment ne pas avoir le temps d'utiliser cette méthode en consultation 	<p><i>Ind 4 Q 8 bis : « Je pense qu'il faut avoir du temps. Et c'est vrai que le dépistage, c'est en plus de la consultation, les patients ne viennent jamais que pour ça. Donc, je l'aborde pour le mettre à l'oreille des patients, mais je n'ai pas forcément le temps de faire un entretien complet ».</i></p>

Malgré la faible proportion de participants ayant appliqué l'EM dans le cadre de la promotion du DOC, 17 (89,5%) ont déclaré avoir l'intention de l'utiliser dans ce cadre.

En effet, cette méthode permettrait d'après eux « de comprendre pourquoi les patients sont réfractaires au dépistage » et d'« essayer de les motiver ». Selon certains participants, toute méthode mériterait d'être examinée, si elle peut permettre aux patients de se faire dépister.

Deux participants (10,5%) n'avaient pas l'intention de mettre en œuvre cette méthode dans la promotion du dépistage organisé des cancers, car ils évoquaient le manque de temps qu'ils pourraient consacrer au DOC lors d'une consultation.

3.2.4. Intérêt de l'entretien motivationnel dans la pratique professionnelle (Q9 à Q11)

Les questions 9 à 11 exploraient l'intérêt porté à la technique de l'entretien motivationnel dans la pratique professionnelle en général (question 9 et 10), et dans le cas particulier du dépistage des cancers (question 11).

Question 9 : Intérêt de l'EM dans la pratique professionnelle des participants

L'ensemble des participants estimait que la méthode de l'entretien motivationnel était intéressante dans leur pratique professionnelle.

En effet, c'est une méthode qui a été jugée différente des méthodes classiques et qui leur permettait d'approfondir l'interrogatoire, et donc de mieux connaître les patients. Cette méthode semblait donner des clefs et pouvait être une solution de secours « quand ils étaient dans l'impasse ». Les participants déclaraient qu'il était toutefois difficile de « faire un entretien motivationnel complet en 15 minutes de consultation ». L'intérêt de cette technique d'après les MG, était que la motivation venait du patient lui-même, puisque celui-ci était à même d'échafauder ses propres solutions. Les participants ont jugé cette technique particulièrement utile dans les addictions, les pathologies chroniques et les problèmes d'observance. Elle faciliterait en outre le contact et l'abord des questions de sevrage auprès des patients éthylo-tabagiques.

L'efficacité de cette méthode dans le DOC, a été évoquée par certains (« pourquoi pas dans les dépistages avec l'Hemoccult-II® ? »). En effet ladite méthode permettrait d'aider les patients à changer leur comportement, pour qu'ils se sentent mieux. Elle serait à même de mieux répondre à leurs attentes : *« le patient est acteur de sa santé, il doit pouvoir trouver ses propres solutions, et nous ne faisons que l'aider à avancer. Par le biais de questions ouvertes on le fait réfléchir lui-même »*.

Plusieurs participants ont soulevé le fait que l'image et le rôle du médecin avaient changé : désormais, le médecin doit prendre une décision en accord avec le patient, *« le monologue pour essayer de convaincre n'étant plus de mise... »*. L'EM est perçu comme une méthode favorisant le dialogue, en faisant reformuler et verbaliser les choses de manière interactive, ce qui permet de s'inscrire dans la dynamique de la relation médecin-patient.

Tableau 8 : Réponses des participants sur l'intérêt de l'EM dans leur pratique professionnelle (Q9)

Questions	Contenu des réponses	Citations des participants
Intérêt de EM dans la pratique professionnelle (Q9)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ différente des méthodes classiques ▪ approfondir l'interrogatoire ▪ mieux connaître son patient ▪ motivations et solutions proviennent du patient ▪ utile dans les addictions, pathologies chroniques et observance ▪ dépistage organisé des cancers ▪ favorise le dialogue ▪ reformuler ▪ patient : acteur de santé 	<p><i>Ind 5 Q 9 : « Je suis convaincue qu'il est impossible de faire réaliser à quelqu'un, quelque chose de contraignant comme un régime, s'il n'a pas ses propres motivations ».</i></p> <p><i>Ind 19 Q 9 : « Il y a beaucoup de patients qui aimeraient changer de comportement mais qui n'y arrivent pas. Et cela permet de leur donner des techniques pour qu'eux-mêmes puissent changer leurs comportements afin qu'ils se sentent mieux ».</i></p> <p><i>Ind 12 Q 9 : « Elle permet d'améliorer l'observance des patients, de bien le connaître, parce que c'est lui qui parle et qui reformule les idées, ce qui nous permet de mieux répondre à ses attentes ».</i></p> <p><i>Ind 18 Q 9 : « L'image du médecin a changé, on doit flécher le chemin, mais c'est au patient d'apporter les clés, c'est lui qui doit avant tout être acteur de sa santé, il doit trouver ses propres solutions. Et par des questions ouvertes, en le faisant lui-même réfléchir, on peut arriver à avancer ensemble ».</i></p>

Question 10 : Comment cette méthode peut-elle changer les comportements de santé des patients ?

D'après les participants, cette méthode pouvait faire changer les comportements de santé des patients, dans la mesure où ceux-ci se sentaient encouragés à trouver leurs propres solutions et à exprimer leurs propres motivations. Ce n'était pas une méthode dirigiste, car ça ne leur était pas imposé. L'écoute des patients favorisant le dialogue, ceux-ci pouvaient ainsi réussir à formuler de façon précise leur problème.

En effet, le dialogue et les questions ouvertes permettaient de savoir où ils en étaient dans leurs stades et de les aider à progresser. « *Ils ne restaient pas bloqués à un stade (notion de stades de Prochaska (10)), et ainsi cheminaient vers l'étape suivante* ». En les responsabilisant, en les valorisant, en les sensibilisant à leur propre santé, et en les rendant acteurs, ils trouvaient eux-mêmes les points positifs qui pourraient les inciter à un changement de comportement.

Plusieurs participants ont souligné la notion de durée : cette méthode nécessite du temps, il faut être patient et répéter les choses.

« *Il faut réussir à faire formuler au patient précisément son problème, pour qu'il intègre la nécessité d'induire une modification comportementale, afin qu'il commence à réfléchir à des solutions pour avancer, si possible avec notre aide* ».

Enfin, plusieurs participants ont évoqué l'évolution de la médecine, à l'heure actuelle, plus orientée vers le dialogue, l'échange et l'écoute ; ainsi cette méthode s'avère tout à fait appropriée.

Tableau 9 : Réponses des participants sur la façon dont cette méthode peut faire changer les comportements de santé (Q10)

Questions	Contenu des réponses	Citations des participants
Comment l'EM peut faire changer les comportements de santé ? (Q10)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ patient trouve ses propres motivations, les points positifs et solutions ▪ pas imposé ▪ basé sur écoute, dialogue ▪ reformulation ▪ stades de changement, avancer ▪ responsabilisant ▪ valorisant ▪ en répétant les choses ▪ avec du temps ▪ adapté à la médecine actuelle 	<p><i>Ind 7 Q 10 : « Les patients sont plus sensibles à ce type d'approche, on leur donne leur place et leur importance dans l'approche des soins ».</i></p> <p><i>Ind 4 Q 10 : « Dans l'exemple du tabac, s'il trouve ses propres motivations et solutions pour arrêter de fumer, il y arrivera ».</i></p>

Question 11: L'entretien motivationnel est-il une méthode permettant d'améliorer le dépistage organisé des cancers ?

Pour 16 participants (84,2%), l'EM permettrait d'améliorer le dépistage organisé des cancers. Ils estimaient que toute méthode pouvait avoir un intérêt, en particulier celle de l'entretien motivationnel.

La contrainte du temps nécessaire pour la mise en œuvre de l'EM a été souvent rapportée par les participants.

L'entretien motivationnel permettrait de comprendre ce qui empêche les patients de réaliser le dépistage plutôt que d'essayer de les convaincre, voire de les contraindre à y participer.

Cela permettrait également de comprendre les craintes et les obstacles à faire l'Hemoccult-II®, et de leur faire prendre conscience que « c'est mieux pour eux ». Cette méthode faisait émerger des peurs (« que l'on ne soupçonnait même pas »), et permettait de faire pencher la balance du côté positif. D'après les participants, les patients avaient souvent des craintes (résultats des tests) qui les empêchaient de réaliser les dépistages.

Tableau 10 : Réponses des participants sur la possibilité d'amélioration du DOC par cette méthode de l'EM (Q11)

Questions	Contenu des réponses	Citations des participants
EM permet d'améliorer le dépistage organisé des cancers (DOC) (Q11)	<ul style="list-style-type: none"> 16/19 : oui toute méthode est intéressante comprendre les réticences à participer au DOC fait émerger les peurs face au DOC faire pencher la balance du côté positif 	<p><i>Ind 19 Q 11 : « Les patients ne participent pas au dépistage des cancers parce qu'ils ne perçoivent pas le côté positif. Quand on leur demande de trouver les raisons pour lesquelles ils pourraient le faire, ils réalisent l'utilité de ce dépistage, et le font. ».</i></p> <p><i>Ind 6 Q 11 : « Les patients opposés au dépistage organisé des cancers, ont souvent des peurs. Si on arrive à lever leurs craintes, ils vont réaliser que c'est mieux pour eux ».</i></p> <p><i>Ind 14 Q 11 : « On fait émerger des peurs qu'on ne soupçonnerait même pas», mais qui sont souvent, finalement, des choses très basiques qui les retiennent ».</i></p>
EM ne permet pas d'améliorer le DOC (Q11)	<ul style="list-style-type: none"> 3/19 : peu adapté au DOC manque de temps suivi médical classique sans mise en œuvre de l'EM plusieurs motifs au sein d'une consultation 	<p><i>Ind 11 Q 11 : « Je ne suis pas sûre que cette technique puisse améliorer la participation au DOC. A mon avis, le suivi du médecin consistant à demander au patient où il en est sur l'Hemoccult-II® et sur la mammo, comme refaire avec lui le point régulièrement sur le tétanos, me paraît plus important que l'EM ».</i></p> <p><i>Ind 4 Q 11 : « Je pense que ça peut être utile. Mais pour faire un entretien motivationnel, il faut du temps et les patients ne viennent jamais que pour le dépistage ; ils viennent pour quatre ou cinq motifs à la fois et, en fin de consultation : « Au fait j'ai reçu ce papier à la maison ! » et on a 30 secondes pour le traiter. Ainsi je pense que c'est plus un problème de temps ».</i></p>

Trois participants estimaient que l'EM n'était pas vraiment adapté au dépistage des cancers. Un participant jugeait que cette technique était trop longue à mettre en œuvre pour le dépistage des cancers, d'autant plus que les patients « ne venaient jamais uniquement pour le dépistage ». Un autre participant estimait que le dépistage étant du ressort du suivi médical classique (« comme le tétanos »), cela ne nécessitait pas la mise en œuvre d'un EM. La notion de temps de mise en œuvre, semblait être le principal frein à l'utilisation de l'entretien motivationnel.

3.2.5. Pistes d'amélioration de la formation (Q12 à Q17).

Question 12 : Suggestions des participants visant l'amélioration de cette formation pour les sessions à venir

La majorité des participants estimait que la formation répondait à leurs attentes. Ils ont notamment apprécié la compétence des deux intervenants provenant d'un organisme de formation externe à la faculté.

Cette formation nécessiterait au moins deux journées différées, peut-être même à espacer encore plus. Plusieurs ont évoqué l'idée d'une « piqûre de rappel à distance (six mois environ) », ou d'une formation ultérieure pour approfondir.

Il faudrait insister davantage sur l'utilité de cette méthode dans le DOC. Il pourrait être utile de fournir des « arguments chiffrés » pour nourrir la réflexion des « patients réfractaires » au dépistage organisé des cancers.

Question 13 : Pertinence de réaliser cette formation pendant la formation initiale (=internat)

Les 19 participants ont jugé qu'il était tout à fait pertinent de réaliser cette formation pendant la formation initiale.

Ils estimaient qu'il était utile de faire cette formation après avoir réalisé son stage praticien. Si toutefois, il n'était pas possible de faire cette formation pendant l'internat, ils estimaient qu'il serait intéressant de la faire en formation continue.

D'après les participants, l'idéal serait de réaliser cette formation entre le stage praticien niveau 1 et le stage praticien niveau 2 (SASPAS). En effet, ils estimaient qu'il fallait avoir pratiqué la médecine générale un minimum, pour se confronter aux difficultés de l'exercice médical avec le dépistage et les addictions.

Tableau 11 : Réponses des participants sur la pertinence de cette formation pendant la formation initiale (Q13)

Questions	Contenu des réponses	Citations des participants
Pertinence de cette formation pendant l'internat (Q13)	<ul style="list-style-type: none">▪ oui (19/19)▪ après avoir réalisé le stage praticien niveau 1▪ en formation médicale continue (FMC) si non réalisé auparavant▪ entre les 2 stages praticiens▪ avoir pratiqué auparavant de la médecine générale	<p><i>Ind 17 Q 13 : « Avant le stage praticien de niveau 1, ça me semble trop tôt, parce ce qu'il faut avoir été confronté à l'exercice médical sur le terrain, pour bien comprendre les difficultés de convaincre les patients à changer de comportement. L'exercice hospitalier n'est absolument pas représentatif de ce qui va se produire entre le niveau 1 et le SASPAS ».</i></p> <p><i>Ind 11 Q 13 : « Il faut avoir fait de la médecine générale pour avoir l'ouverture d'esprit et les compétences nécessaires, pour bien intégrer l'entretien motivationnel ».</i></p> <p><i>Ind 3 Q 13 : « C'est bien de le faire en tant qu'interne, à condition d'avoir validé le stage de niveau 1. Après, cela n'empêche pas de renouveler en FMC ».</i></p>

Question 14 : La place consacrée au dépistage organisé des cancers dans cette formation était-elle suffisante ?

Seize participants (84,2%) estimaient que la place consacrée au DOC était suffisante car l'entretien motivationnel pouvait s'appliquer dans de nombreux domaines, comme l'addictologie et les pathologies chroniques, donc pas uniquement pour le dépistage. De plus, ils ne rencontraient pas de difficultés dans la promotion du DOC et estimaient ne pas en avoir besoin.

L'intervention centrée sur le dépistage des cancers était jugée « bien », « claire » et « synthétique ».

D'après certains participants, le titre de la formation n'était pas suffisamment clair ; ils n'ont pas vu le lien entre EM et promotion du dépistage organisé des cancers dans l'intitulé de la formation. Ces participants ont donc été surpris par l'abord de cette thématique.

Tableau 12 : Réponses des participants sur la place consacrée au dépistage organisé pendant cette formation (Q14)

Questions	Contenu des réponses	Citations des participants
La place consacrée au dépistage organisé des cancers dans cette formation était-elle suffisante ? (Q14)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ oui (16 /19) ▪ s'applique dans de nombreux domaines ▪ pas de difficultés avec le dépistage ▪ intervention claire et synthétique ▪ manque de clarté dans le titre ▪ nécessité de séances supplémentaires pour assimiler l'EM surtout dans le cadre du dépistage des cancers 	<p><i>Ind 1 Q 14 : « Il n'est pas nécessaire d'en parler plus. Le principal intérêt c'était pour les maladies chroniques, les défauts d'observance et l'addictologie. Je trouvais cela plus utile dans ce cadre là ».</i></p> <p><i>Ind 2 Q 14 : « Le dépistage des cancers est une possibilité d'utilisation de l'entretien motivationnel, mais ce n'était pas le principal but du séminaire ».</i></p> <p><i>Ind 9 Q 14 : « Le titre de ce séminaire n'indiquait pas clairement que c'était dans le cadre du dépistage du cancer, que cette formation était faite. Donc, je m'attendais plus à de l'addictologie, mais par contre, l'intervention du docteur Ken Haguenoer était parfaite ».</i></p> <p><i>Ind 14 Q 14 : « C'est compliqué, dans la mesure où il n'y a que deux séminaires. Il faudrait accentuer la pratique, notamment, sur le thème du cancer ; mais pas seulement, car il y a aussi les addictions. Je pense que cela n'est certainement pas suffisant mais c'est difficile de faire mieux sur les deux séminaires ».</i></p> <p><i>Ind 19 Q 14 : « On n'a réalisé qu'un seul jeu de rôle sur le thème du dépistage organisé des cancers ».</i></p>

Pour trois participants (15,8%), la place consacrée au dépistage organisé des cancers était jugée insuffisante. Ils ont déclaré qu'il fallait plus de séances, plus de temps, pour assimiler l'EM et le mettre en pratique, notamment dans la promotion du dépistage organisé. Il a été souligné dans un groupe, qu'« un seul jeu de rôles concernait le DOC ». L'addictologie en général a plus été abordée.

Question 15 : Besoins de formations ultérieures centrées spécifiquement sur le dépistage organisé des cancers.

La majorité des participants estimait ne pas avoir besoin de formation complémentaire sur ce sujet. « *Dans les études, de premier et deuxième cycle, la formation est suffisante* ». Ils déclaraient ne pas rencontrer de difficultés face au DOC. Certains évoquaient l'idée d'une « plaquette comportant des arguments chiffrés et significatifs, qu'il conviendrait de remettre au patient en même temps que les Hemocult-II® (Ind 9) ».

Un participant proposait une séance complémentaire centrée sur l'application de l'EM dans le dépistage organisé des cancers. D'autres participants proposaient qu'une session soit organisée à distance, afin d'aborder des aspects plus techniques et qui ciblent mieux le DOC.

Question 16 : Outils ou supports nécessaires dans la pratique pour parfaire cette formation

Les participants proposaient plusieurs pistes pour acquérir des outils ou des supports qui leur permettent de parfaire leurs connaissances : film didactique, fiche (ou plaquette) récapitulative de la formation.

D'autres estimaient qu'une formation de perfectionnement serait utile : « *piqûre de rappel sur les techniques de l'EM* ».

Les participants ont apprécié la qualité des fascicules remis à la fin de la formation qu'ils pourront consulter si nécessaire.

Question 17 : Souhaits d'approfondir les connaissances à l'entretien motivationnel suite à cette formation

Les 19 participants (100%) souhaiteraient approfondir leurs connaissances à l'EM, notamment par un rappel, car six mois après la formation plusieurs avouaient ne pas se souvenir de tout. Cette formation a été perçue comme très intéressante et plusieurs souhaiteraient approfondir leurs connaissances ultérieurement, après avoir utilisé les bases. Certains ont par ailleurs acheté un livre sur l'EM.

Il a été suggéré plusieurs fois, une formation ou un séminaire intitulé "Niveau 2", dans un délai de six mois à un an, pour pratiquer, se perfectionner et s'évaluer (FMC ou Diplôme Universitaire (DU) par exemple).

Tableau 13 : Réponses des participants sur leur souhait d'approfondir leurs connaissances à l'EM suite à cette formation (Q17)

Questions	Contenu des réponses	Citations des participants
Souhaitez-vous approfondir vos connaissances à l'EM ? (Q17)	<ul style="list-style-type: none">▪ oui (100%)▪ rappel de la formation▪ niveau 2 (dans 6 mois)▪ ultérieurement▪ livre EM	<p>Ind 2 Q 17 : « <i>Un séminaire, six mois ou un an plus tard, appelé « niveau 2 », qui permettrait d'affiner les techniques et de voir ce que l'on a retenu, pourrait être intéressant</i> ».</p> <p>Ind 4 Q 17 : « <i>Je pense qu'il pourrait être intéressant, après quelques années de pratique, de reconduire une formation pour faire le point sur ce que l'on maîtrise ou pas. On serait un peu plus ouvert à des techniques plus compliquées</i> ».</p>

3.2.6. Questions diverses à la fin du questionnaire

Pour 12/19 (63%) des participants, le questionnaire a été jugé très positivement : il a été décrit comme clair, concis, adapté, complet et intéressant. En un mot il était accessible, et ne présentait pas de difficultés particulières. Il traitait bien la formation dans sa globalité, ce qui permettait à certains de se la remémorer plus aisément. En revanche, pour quelques participants, le questionnaire a été décrit comme quelque peu compliqué, parfois un peu long avec notamment beaucoup de questions ouvertes.

Ce séminaire a été décrit comme étant une « bonne formation », très appréciée par l'ensemble des MG, voire considérée par certains, comme « une des meilleures de l'internat ! ». La notion de retour par le biais d'une évaluation a également été très appréciée et d'ailleurs mise en exergue par les participants.

Certains en ont profité pour faire parvenir des messages au Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) : souhait d'une formation sur la gestion du temps de consultation avec les mêmes intervenants.

Enfin une minorité a suggéré d'effectuer une évaluation de tous les séminaires et de toutes les formations.

Tableau 14 : Réponses des participants sur ce qu'ils ont ajouté à la fin du questionnaire

Questions	Contenu des réponses	Citations des participants
Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?	<ul style="list-style-type: none">▪ bonne formation▪ très appréciée▪ une des meilleures de l'internat▪ bien d'avoir un retour▪ évaluer les formations est bénéfique▪ permet de faire passer des messages▪ souhait d'une formation sur la gestion du temps de consultation	<p><i>Ind 19 : « J'ai bien aimé la formation. C'est bien d'avoir un retour. C'est une des meilleures formations sur mes trois ans d'internat ».</i></p> <p><i>Ind 16 : « C'est intéressant je pense pour le DUMG, car c'était une bonne formation. Je pense que l'EM c'est quelque chose qu'on ne connaît pas assez. C'était un bon séminaire ; et c'était bien de l'évaluer ; finalement, il serait peut-être souhaitable d'évaluer tous les séminaires ».</i></p>

3.2.7. Analyse factorielle réalisée à partir du logiciel Alceste

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse factorielle réalisée à partir du logiciel de données textuelles Alceste, version 2010.

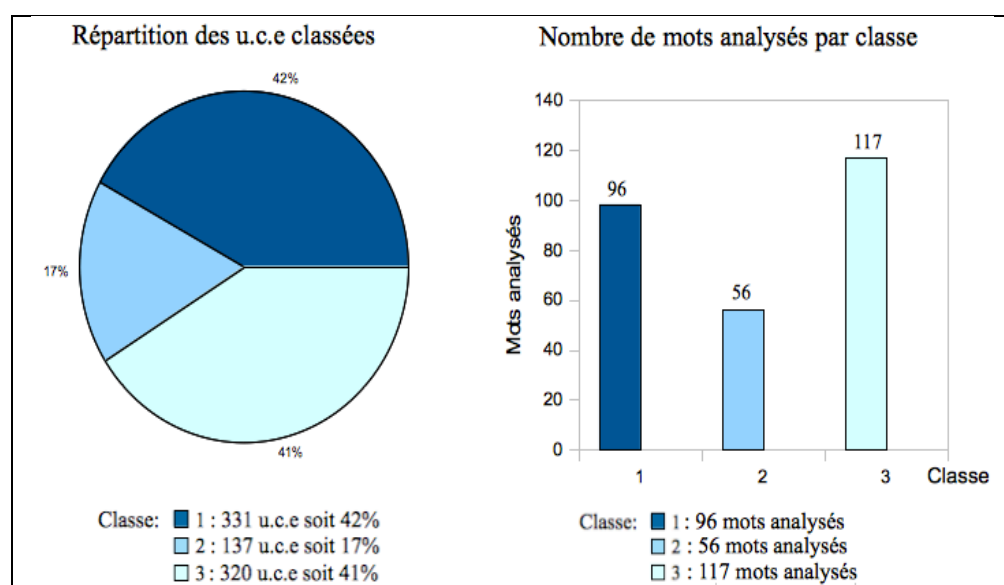
L'analyse factorielle a révélé l'existence de trois classes distinctes. Celles-ci représentent les idées et les thèmes dominants du corpus. Ces classes sont constituées d'unités de texte, triées suivant leur khi2 d'association dans la classe.

La taille du corpus analysé par Alceste représente 207Ko. Le nombre d'unités de contextes élémentaires (UCE) est de 995. La fréquence minimum d'un mot pris en compte pour cette analyse est de 4 fois.

Croisement des classifications

Après la phase de classification, voici les résultats retenus par Alceste :

Nombre de classes stables	3
Nombre minimum d'UCE pour retenir une classe	50
Pourcentage d'unités de contexte élémentaires (UCE) classées	79%



La première classe faisait référence aux contenus évoquant le ressenti des participants envers la formation à l'EM, ses modalités pratiques, et leurs suggestions visant à l'améliorer.

Un grand nombre de MG avait choisi de participer à cette formation afin de valider des crédits-heures au sein du Département Universitaire de Médecine Générale. Par ailleurs, ces derniers estimaient généralement que le thème de la formation semblait digne d'intérêt. Cette formation a été qualifiée, comme étant intéressante, conviviale et dynamique. Son déroulement sous forme de jeux de rôles et de mise en situation pratique, en petits groupes, a été apprécié par la majorité. De plus, les participants ont vivement salué la compétence des intervenants. Le déroulement de la formation sur deux journées non consécutives a semble-t-il permis aux participants de mieux assimiler les nouvelles connaissances. A ce propos, la plupart des MG ont suggéré de réitérer ce type de formation sous la forme d'une séance de perfectionnement environ six mois après.

La deuxième classe relatait les expressions verbales concernant le fonctionnement du dépistage organisé des cancers et l'intérêt de l'EM dans la promotion du DOC.

Le plus souvent, les MG déclaraient que les patients recevaient leur convocation à participer au dépistage du cancer colorectal, et ainsi consultaient au cabinet médical pour récupérer un test Hemocult-II®. Les participants considéraient que leurs patients étaient à la fois « observants » et autonomes sur cette question précise. « Après avoir reçu leurs convocations, ils se présentent au cabinet pour recevoir le test ». Les participants avouaient par ailleurs ne pas avoir beaucoup utilisé la méthode de l'EM, car ils estimaient ne pas en avoir nécessairement besoin. En effet, ils n'avaient pas eu l'occasion de mettre en œuvre la pratique de l'EM pour promouvoir le DOC, car ils estimaient que leurs patients étaient plutôt bien disciplinés, et adhéraient facilement au DOC. De plus, certains MG étaient dans des stages hospitaliers, comme le service des urgences, et ne pouvaient donc pas aisément utiliser l'EM. Certains ont néanmoins utilisé cette méthode ou quelques outils comme les questions ouvertes, pour essayer de connaître les raisons de ne pas participer à ce DOC. Durant la formation, le rappel sur le dépistage organisé des cancers était jugé comme suffisant. Un rappel théorique sur les critères d'exclusion des patients au DOC, a été suggéré. Enfin, on a constaté que les MG utilisaient surtout cette méthode en addictologie.

La troisième classe évoquait l'intérêt, l'impact et l'application de cette formation à l'EM dans la pratique professionnelle en général.

Les participants étaient globalement très satisfaits de l'introduction de cette méthode dans leur pratique professionnelle. Ils l'appliquaient essentiellement en addictologie, dans les sevrages tabagiques et alcooliques, avec des résultats encourageants.

Il leur semblait plus facile d'aborder les problèmes de sevrage avec cet outil. Cette méthode était jugée différente de celles qui étaient enseignées auparavant. Les MG déclaraient écouter avec plus d'empathie, reformuler plus facilement et essayaient de valoriser les patients pour les amener à un changement de comportement. En posant des questions ouvertes et en insistant sur les points positifs, ils étaient en mesure d'évaluer le stade de motivation des patients. La grande majorité des participants se disait déterminée à continuer à mettre en œuvre cette méthode au quotidien. « En effet, avec cette méthode, on avance et ça marche ».

4. DISCUSSION

Une formation expérimentale à l'entretien motivationnel (EM) dans la promotion du dépistage organisé des cancers (DOC), a été dispensée en 2011 auprès de 19 futurs médecins généralistes (MG) de la région Centre.

L'objectif de notre travail était d'évaluer à moyen terme (6 mois) les représentations et l'opinion des MG envers cette formation.

Dans un premier temps, nous exposerons l'intérêt et la pertinence de cette formation pilote. Puis nous discuterons son déroulement et ses objectifs pédagogiques. Nous évoquerons également quelques préconisations en vue d'en améliorer l'efficacité. Enfin, nous aborderons les limites et les apports de notre étude visant à évaluer cette formation.

4.1. Intérêt de la mise en place d'une formation pilote à l'EM dans le cadre du DOC

Augmenter la participation au DOC en France, est un enjeu de santé publique (1, 3). Plusieurs études ont été conduites afin de comprendre et d'identifier les principaux obstacles à la participation du DOC (4, 11).

Une étude coordonnée par la FRAPS en 2009, mettait en lumière le fait que la qualité relationnelle de la prise en charge par les MG, pouvait être un facteur d'adhésion au DOC (4).

De ce constat est née l'idée de former les MG à la méthode de l'EM pour leur fournir des outils, afin d'engager une démarche de changement auprès de leurs patients, dans la participation au DOC (5).

A l'issue de cette formation, certains MG ont déclaré avoir utilisé la méthode de l'EM, auprès de patients réfractaires au DOC pour les inciter à adhérer au DOC.

La littérature spécialisée consacre plusieurs études relatives à des formations à l'EM, auprès des professionnels de santé, dans les champs de l'addictologie et de l'éducation thérapeutique, qui prônent leur efficacité (12, 13). Cependant, l'impact de ce type de formation appliqué à la promotion du DOC, reste encore à confirmer.

Fort de ces constats, il semblait donc justifié de mettre en œuvre une formation à l'EM auprès des MG, pour promouvoir le DOC. L'évaluation de la pertinence de cette formation répondait parfaitement à l'analyse des besoins identifiés (14).

Evaluer cette formation nous permettait de vérifier son intérêt et de l'améliorer, afin de généraliser ce type d'intervention à plus grande échelle et au-delà de la région Centre.

4.2. Déroulement de la formation et choix pédagogiques

Bien qu'ayant démontré leur efficacité en France, les formations à l'EM destinées aux MG, en sont encore au stade expérimental (12, 13). Il était donc primordial d'évaluer les modalités pratiques et les choix pédagogiques de cette formation (15), en les confrontant aux données de la « littérature ».

La formation a été perçue comme enrichissante par l'ensemble des participants, tant par son contenu que par ses modalités pratiques.

Les outils pédagogiques et l'acquisition des connaissances, issus de cette formation, semblaient parfaitement correspondre à leurs attentes.

Comparons nos résultats à ceux issus d'une étude sur l'évaluation des compétences de 30 professionnels de santé, après une formation à l'EM en diabétologie (16). Les observations conduites par les formateurs démontraient l'effet positif de la formation, notamment sur l'adhésion à l'esprit de l'EM, ainsi que sur la pratique d'écoute, d'empathie, et l'utilisation d'au moins deux techniques d'EM : formulation de questions ouvertes et reformulation (16). Ces résultats sont tout à fait concordants à nos observations.

A l'issue de nos résultats, les techniques issues de cette méthode se sont avérées très accessibles, et tout à fait adaptées à la pratique professionnelle des MG. Ainsi un article issu de la société française de documentation et de recherche en médecine générale, confortait nos résultats en précisant que l'EM n'est ni réservé à certains modes d'exercices, ni à certains patients, et qu'il est tout à fait adapté à la médecine de premier recours (17, 18). Belkacem et ses collaborateurs soulignent cependant qu'il est préférable d'adapter la technique de l'EM à chaque patient (19).

Compte tenu de nos résultats, et en accord avec les travaux anglo-saxons qui démontrent l'efficacité des sensibilisations courtes à l'EM chez les professionnels de santé (12, 13), il semble pertinent de réitérer cette formation.

Préconisation : Reconduire l'organisation de la formation : intervenants « experts », 2 sessions d'une journée en différé, formation théorique avec des mises en situation pratique.

Bien que très appréciée dans son ensemble, la formation a été néanmoins jugée parfois un peu dense sur le plan théorique. De plus, certains MG ont précisé que la méthode de l'EM était parfois difficile à assimiler, et nécessitait probablement plus de temps, notamment une formation supplémentaire à distance, pour parfaire l'acquisition des notions exposées. D'ailleurs, lorsque l'on compare nos résultats à ceux issus de l'évaluation à court terme, la notion de séminaire ultérieur afin d'approfondir les connaissances à l'EM, avait déjà été suggérée (20). Toutefois la durée de l'EM, le nombre de ses rencontres et l'expérience du praticien, mériteraient de faire l'objet d'études spécifiques afin d'en définir les modalités (17, 18).

Préconisation : Proposer une session de perfectionnement (ou de renforcement des acquis) à 6 ou 9 mois.

Plusieurs participants ont également souligné qu'ils avaient oublié certaines notions importantes, et qu'ils auraient aimé avoir une fiche récapitulative dans laquelle ils pouvaient se référer, en cas de nécessité.

Les supports pédagogiques, tels qu'un « polycopié résumé », permettent de se remémorer les points essentiels d'une formation, mais engendrent un travail supplémentaire de conception pour les formateurs. Un support audiovisuel serait également tout à fait adapté pour visionner des mises en situations d'EM, mais beaucoup plus coûteux (21).

Préconisation : Elaborer une plaquette qui synthétise les principaux contenus de la formation, à remettre aux participants à la fin de la formation (notions clés, bibliographie, ...).

Nos résultats ont montré que la plupart des MG n'avaient pas d'attentes particulières en venant à cette formation. Ils ont parfois été surpris par l'abord de la thématique du DOC, car le titre de la formation manquait à priori de clarté. Ainsi, en améliorant les outils pédagogiques d'une formation, on contribue à renforcer son efficacité (14).

Préconisation : Améliorer la précision du titre afin que les participants puissent identifier le contenu et les objectifs de la formation. Envoyer une fiche de présentation de la formation aux participants avant l'inscription (titre, durée, organisation, objectifs pédagogiques, moyens pédagogiques mis en œuvre, ...).

Bien que dans son ensemble, l'enseignement théorique dédié au DOC semblait suffisant, certains souhaiteraient plus insister sur le DOC. En effet les résultats obtenus lors de l'évaluation à court terme sont étonnants. On note que 7/19 participants estimaient que cette formation n'avait pas contribué à consolider leurs connaissances sur le DOC, et ce, uniquement dans le 2ème groupe. Etait-ce dû à la plus grande importance de l'échantillon du 2ème groupe ou au nombre restreint des jeux de rôles illustrant le DOC ? Pourtant à moyen terme (6 mois), 16/19 estimaient que la place consacrée au DOC était suffisante (20).

Préconisation : Mettre en place de plus nombreuses situations pratiques et jeux de rôles sur la promotion du dépistage organisé des cancers au cours de la formation (un à deux jeux de rôle par organe : sein, colorectal, col de l'utérus).

Enfin on pourrait parfaire cette formation, en rappelant les critères d'exclusion au DOC, comme cela a été suggéré par certains participants. La mesure 16-1 du Plan cancer 2009-2013 souhaitait par ailleurs assurer la mise à disposition d'outils d'information, pour aider les MG à impliquer la population cible dans les programmes de dépistage organisé (1).

Préconisation : Inclure un rappel théorique sur les critères d'exclusion au dépistage organisé des cancers.

4.3. L'EM dans la pratique professionnelle hors DOC

À l'issue de la formation, une grande majorité des MG déclarait avoir appliqué la méthode de l'EM dans leur pratique professionnelle. Ils étaient majoritairement très satisfaits de l'impact de cette méthode auprès de leurs patients, notamment dans l'aide aux sevrages du tabac et de l'alcool.

De façon conforme à la littérature, l'EM montre son efficacité en addictologie (12, 17). Une étude illustre parfaitement l'efficacité de l'EM dans les sevrages de l'alcool, drogues illicites et tabac, lorsqu'il est mis en place au début d'une prise en charge thérapeutique, en association avec d'autres formes de psychothérapies (19).

La méthode de l'EM a été d'autant plus appréciée par les MG qu'elle était différente des approches classiques, et qu'elle ouvrait de nouvelles perspectives dans leur activité professionnelle. En favorisant l'échange et le dialogue, l'EM s'adaptait tout à fait à la médecine actuelle. Dans la littérature, il apparaît comme un outil modélisé de la relation médecin-patient, dont l'efficacité est parfaitement démontrée (17).

La littérature précise que dans leur pratique professionnelle, les MG sont bien souvent confrontés à des échecs lorsqu'ils préconisent à leurs patients de modifier leurs habitudes de vie (17, 22). La démarche de prévention en médecine générale, qu'il s'agisse du dépistage des cancers ou du repérage des facteurs de risques cardio-vasculaires, est souvent plus difficile à mettre en œuvre que la simple prescription d'un médicament (17, 22).

Les participants ont jugé cette méthode performante dans la relation médecin-patient, notamment dans le cas de situations conflictuelles, ou lorsqu'il s'agit de patients réfractaires à un traitement ou à un changement de comportement de santé.

En prévention cardio-vasculaire, l'EM semble très efficace également. Une revue systématique de la littérature et une méta-analyse de 72 essais contrôlés randomisés, montraient l'efficacité de l'EM dans 75% de ces essais en termes de prévention, et dans les modifications de comportements, notamment cardio-vasculaires (18). Elles soulignaient qu'aucun effet délétère n'était apparu (17, 18).

Préconisation : Proposer systématiquement au cours de l'internat de médecine générale (après le stage en médecine générale), une formation à l'entretien motivationnel illustrée par des exemples en addictologie, en éducation thérapeutique et dans la promotion du dépistage organisé des cancers.

4.4. L'EM dans le dépistage organisé des cancers

Concernant l'application de l'EM dans la promotion du DOC, les résultats étaient partagés. Peu de participants avaient mis en œuvre cette méthode dans ce cadre, et pourtant, un grand nombre se disait prêt à l'appliquer. Elle permettrait de comprendre les craintes des patients réfractaires au dépistage, et les amener in fine à se faire dépister avec leurs propres motivations, garant d'efficacité.

Une formation à l'EM auprès de professionnels de santé dans un réseau diabète évaluée en 2010, démontrait la compétence des soignants pour permettre aux patients une meilleure évocation de leurs problèmes, en les incitant au changement de comportement (23). Cette étude nous invite à penser que par le biais de l'EM, les MG encourageraient les patients à verbaliser leurs réticences envers la participation au dépistage.

Le temps dédié à la prévention lors d'une consultation de médecine générale est bien souvent limité. Comme l'ont souligné les participants, les patients profitent d'un autre motif de consultation pour en parler. D'autre part, les MG ont rapporté que les patients donnaient régulièrement leur convocation pour le dépistage du cancer colorectal (Hemoccult-II®) à la fin de la consultation. Etait-ce volontaire ou par crainte d'aborder le sujet ?

Pourtant, une méta-analyse démontrait que dans 64% des études, l'EM était efficace s'il était utilisé dans des délais habituels d'une consultation de 15 minutes, et s'en trouvait renforcé en cas de réitération lors de futures consultations (17, 18).

Il serait utile que les MG puissent accorder le temps nécessaire à la réalisation d'un EM lors d'une consultation.

A cet égard il est intéressant de se pencher sur une étude randomisée, qui visait à évaluer l'efficacité d'un module de formation de 16 heures à la pratique de l'EM, dans le cadre de la promotion de l'arrêt tabagique (24).

Elle indiquait qu'à l'issue de cette formation, les participants semblaient avoir augmenté leur sentiment de capacité à mener un EM pour promouvoir l'arrêt tabagique. Par ailleurs, ils prenaient plus de temps pour explorer l'histoire tabagique du patient et sa motivation pour arrêter de fumer (24). A la lumière de cette étude, on peut espérer de la part des participants qu'ils accordent plus de temps à leurs patients pour explorer leurs réticences à l'adhésion du DOC.

Bien que la plupart des participants semblaient convaincus des bénéfices de cette méthode pour les faire adhérer au DOC, plusieurs estimaient que les patients étaient bien disciplinés à l'égard du DOC et ne voyaient pas l'intérêt de mettre en œuvre l'EM.

Pourtant, l'étude EDIFICE souligne que les patients adoptent plutôt une attitude attentiste envers le DOC (11, 25, 26). D'une part, cette étude illustre le fait que des patients ne se sentent pas concernés par le DOC. D'autre part, elle indique que certains patients n'y participent pas, si leur MG ne leur recommande pas de se faire dépister.

Cette étude EDIFICE nous rappelle enfin, que seulement 30 % des MG recommandent le dépistage du cancer colorectal, bien qu'ils soient convaincus de son efficacité (11, 25).

Les informations issues de l'étude EDIFICE mettent en lumière la divergence des représentations et des attentes du DOC entre les patients et les MG. Il est donc très important de tenir compte de ces résultats et de sensibiliser les MG aux attentes des patients (25, 26).

<p>Préconisation : Sensibiliser les médecins généralistes à promouvoir le DOC auprès des patients réfractaires.</p>
--

4.5. Limites et intérêts méthodologiques de l'évaluation

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens téléphoniques avec un questionnaire semi-directif. La méthode utilisée pour cette évaluation pouvait générer des biais. Précisons que le choix des entretiens téléphoniques provenait d'une recommandation de la FRAPS, notamment pour tenir compte de la dispersion des participants dans toute la région Centre (5, 9). D'autres possibilités pour réaliser cette évaluation étaient probablement envisageables (courrier, e-mail), mais avec un risque de non réponses plus important. Grâce à cette méthode, il n'y a pas eu de biais de sélection car les 19 MG qui ont répondu ont tous participé à l'évaluation.

Les réponses pouvaient être subjectives et ne pas toujours correspondre à la réalité. Il pouvait y avoir un biais de désirabilité sociale (volonté de faire « plaisir » à l'enquêteur). Certains résultats doivent donc être interprétés avec prudence. La réalisation des entretiens par téléphone suscite peut être des réponses différentes de celles obtenues par un entretien direct. D'autre part, nous ne pouvions pas analyser tout le discours non verbal.

Une étude a été réalisée sur les biais de réponse et l'impact du mode de collecte des données (27). Les résultats montraient que les biais de réponses étaient « *la volonté du répondant à se montrer sous un jour favorable* » (Crowne et Marlowe, 1960), et « *l'adoption d'un comportement de réponse spécifique par le répondant en situation de questionnement s'il croit avoir discerné, même partiellement, l'objectif de ce questionnement* » (Herbert, 2007).

Enfin, l'étude soulignait que le recueil de données fourni par un enquêteur permettait d'obtenir des réponses de meilleure qualité que la collecte en ligne (moindre taux de « je ne sais pas » et de non-réponses) et une plus grande diversité dans les réponses (Heerwegh et Loosveldt, 2008), mais que cette dernière suscitait une plus grande désirabilité sociale (27).

Si l'on compare nos résultats à ceux de l'évaluation réalisée à court terme, on retrouve la même satisfaction, que ce soit par l'évaluation écrite, que par nos entretiens téléphoniques (20).

François-Marie Gérard, en 2003, soulignait que les réponses obtenues dans les questionnaires de satisfaction en fin de formation, pouvaient être influencées par une certaine euphorie caractéristique de ce moment, et cela d'autant plus que ces questionnaires de satisfaction étaient souvent remplis à la demande et en présence du formateur (14). Nous devons donc interpréter ces résultats qui témoignent d'une grande satisfaction avec prudence.

On pourrait évaluer la pertinence de réaliser une évaluation avant et après la formation, plutôt qu'à court et moyen terme, afin de mieux mesurer son impact. C'est aussi ce qu'avait préconisé l'étude ASBL sur la diffusion de la prévention en médecine générale, dans une approche de promotion de la santé en 2003, en évaluant l'impact des formations continues dans la pratique des MG (15).

Une autre possibilité d'évaluation serait de mettre en place une formation avec quatre groupes de MG : le premier groupe serait formé seulement à l'EM, le second au DOC, le troisième à l'EM dans la promotion du DOC, et enfin le quatrième serait un groupe contrôle qui se réunirait simplement. Ainsi on pourrait comparer de façon plus méthodique et rigoureuse, le réel impact de cette formation. Pour mesurer ce dernier, on pourrait vérifier si le taux de participation au DOC a augmenté suite à cette formation dispensée auprès de chaque groupe de MG témoins.

Il est cependant difficile d'évaluer l'impact d'une formation. Il existe de nombreuses circonstances où l'évaluation de l'impact est effectivement difficile à réaliser, la plupart du temps parce que l'impact recherché n'a pas été clairement défini (14).

Il faudrait à cet égard pouvoir mesurer les changements induits auprès de la population cible. D'ailleurs il n'existerait pas d'études publiées mesurant l'impact de ces formations sur l'acquisition des compétences par les soignants, en situation d'entretien avec leurs patients (16).

Une évaluation de l'impact de l'EM sur les comportements des patients serait prévue à l'aide de l'outil MISC (Motivational Interviewing Skill l Code), d'après l'étude clinique sur les compétences des professionnels de santé dans le diabète suite à une formation à l'EM (16).

Nous devons donc rester prudents sur l'évaluation de l'impact réel de cette formation.

La congruence des résultats entre notre analyse qualitative et celle réalisée par le logiciel d'analyse textuelle (Alceste), était rassurante sur la robustesse de l'analyse. D'autre part, les résultats issus de ce travail ne s'appliquaient qu'aux MG qui avaient choisi volontairement de participer à cette formation.

Aucun problème technique n'a été constaté lors des entretiens téléphoniques. Le questionnaire n'a pas posé de difficultés particulières.

Plusieurs participants ont d'ailleurs souligné le fait que cette évaluation leur avait permis de se remémorer la formation. Par ailleurs plusieurs ont apprécié cette évaluation notamment par l'intérêt de son retour en vue de l'améliorer, et pensent même qu'il serait souhaitable d'évaluer ainsi toutes les formations proposées au cours de l'internat. Dans un souci qualitatif toute formation ne devrait-elle pas faire l'objet d'une évaluation (15) ? C'est d'ailleurs ce que Valérie Hubens préconisait en 2011 dans son étude sur la modification des pratiques professionnelles des MG suite aux formations continues (15).

4.6. Conclusion

Les résultats issus de l'évaluation des futurs MG de la région Centre, après une formation à l'EM dans le cadre du DOC, sont plutôt encourageants. En effet, les participants ont déclaré avoir appliqué l'EM dans leur pratique professionnelle depuis cette formation. Comme le démontraient d'ores et déjà les travaux anglo-saxons issus de la littérature, l'efficacité de l'EM est indéniable dans la prise en charge des addictions, notamment en termes de sevrage (12, 13).

Concernant l'application de cette méthode en médecine générale dans le cadre de la promotion du DOC, les résultats sont assez prometteurs, mais restent encore au stade de l'expérimentation. D'après les études EDIFICE et de la FRAPS menées sur « l'identification des freins et leviers au recours au DOC », l'EM semble parfaitement pouvoir lever ces obstacles et ainsi contribuer à augmenter le taux de participation au DOC.

Bien que le manque de temps souligné au cours des consultations de médecine générale semble à l'heure actuelle limiter son utilisation, l'EM offre de nouvelles perspectives dans la relation médecin-patient. Il permet notamment d'induire des changements de comportement de santé auprès des patients.

Les MG devraient davantage prendre conscience de l'importance du rôle qu'ils ont à jouer auprès de leurs patients pour les inciter à participer au DOC. Puisque les MG semblent convaincus de l'efficacité de l'EM, ils peuvent ainsi en bénéficier, afin de parvenir à modifier les comportements de santé.

Cibler davantage le contenu des formations à l'EM dans la promotion du DOC auprès des futurs MG, et les sensibiliser au dépistage des cancers, devrait pouvoir, à l'avenir, accroître la participation au DOC.

5. BIBLIOGRAPHIE

1. Plan Cancer 2009-2013 ; Axe prévention et dépistage ; mesures 14 et 16 : lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage et impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage.
2. InVS 2009, 2010 et 2011 ; Taux de participation aux dépistages organisés des cancers du sein et colorectal.
3. InVS 2010 ; Taux de participation cible aux dépistages organisés des cancers du sein et colorectal. Référentiel européen.
4. FRAPS. Recherche-action : « Identification des freins et leviers au dépistage organisé des cancers du sein et colorectal, et du dépistage du cancer du col de l'utérus, auprès des populations en situation de précarité en région Centre », 2008-2009.
5. FRAPS. Recommandations et propositions d'actions. Recherche – action 2009.
6. MILLER William R, ROLLNICK S. L'entretien motivationnel - Aider la personne à engager le changement, Inter Éditions - Dunod, Paris, 2006.
7. FRAPS. Formation des médecins généralistes à l'entretien motivationnel illustré par le dépistage organisé des cancers dans deux départements pilotes de la région Centre, décembre 2010.
8. AFDEM : <http://www.entretienmotivationnel.org>
9. INCa-Soutien aux actions menées pour la prévention, le dépistage et la détection précoce des cancers – Evaluation du projet- Appels à projet 2010- Santé publique.
10. PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy : Theory, Research & Practice*, 1982, Vol 19, 276-288.
11. EDIFICE SURVEY. Cancer Screening in France. What do we learn from the EDIFICE studies ? *European Journal of Cancer Prevention*. 2011 January; 20 Suppl 1:S5-7.
12. LECALLIER D, MICHAUD P. L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie* 2004, 26 (2) :129-134.
13. MICHAUD P, ABESDRIS J. Diffusion de la pratique de l'intervention brève : méthodes de formation et de mobilisation des acteurs de soins de premier recours . *Médecine et hygiène*, septembre 2003, vol. 61, n° 2451, pp. 1817-1822.
14. GERARD FM. L'évaluation de l'efficacité d'une formation, *Gestion 2000*, Vol. 20, n°3, 13-33. 2003.
15. HUBENS V, BELLEFONTAINE V, JONCKHEER P, PREVOST M. Les généralistes modifient-ils leur pratique suite aux formations continues ? *La Revue de la Médecine Générale* n°279. janvier 2011.

16. TOURETTE-TURGIS C, TETAR I, LEMAIRE C, REBILLON M, DELMAS P. P131 Évaluation des compétences de 30 professionnels de santé formés à la conduite de l'entretien motivationnel dans le diabète. *Diabetes & Metabolism*. 2010 mars; 36(Supplement 1) : A70.
17. GALLOIS P, VALLEE J-P, LE NOC Y. Prévention en médecine générale : une part croissante et une évolution de l'activité. *Médecine (Montrouge) A*. 2007, vol. 3, n° 2, pp. 74-76.
18. RUBAK S, SANDBÆK A, LAURITZEN T, CHRISTENSEN B. Motivational Interviewing : a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice*. 2005 avr 1; 55(513):305-12.
19. BELKACEM A, BENYAMINA A, BLECHA L, REYNAUD M, LUKASIEWICZ M. L'entretien motivationnel : Évaluation de l'efficacité en addictologie. 2009, vol. 31, n°2, pp. 129-140.
20. Escale (Formation et conseil en éducation thérapeutique). DA SILVA F, AZOULAI G. Analyse des questionnaires d'évaluation. Formation à l'entretien motivationnel dans la promotion du dépistage organisé des cancers en médecine générale. FRAPS, mars-mai 2011.
21. PANISSE G, DUGOU P. Les supports pédagogiques. Document CEDIP
22. BERDOZ D, et al. Quelques pistes données par l'entretien motivationnel. *Revue Médicale Suisse*. 2005; 1 : 2453-6.
23. TOURETTE-TURGIS C, BOIVIN M-D. Mesurer l'effet d'une formation à l'entretien motivationnel chez des soignants dans un réseau diabète. Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève, septembre 2010.
24. BECKERS J. Formation à la pratique de l'entretien motivationnel dans le cadre de la promotion de l'arrêt tabagique : Une étude randomisée ayant pour objectif d'évaluer l'efficacité d'un module de formation de 16H destiné aux étudiants de Master en psychologie. Mémoire en vue de l'obtention du certificat de tabacologue. 2007-2008.
25. CALAZEL-BENQUE A, VIGUIER J, ROUSSEL C, PIVOT X, EISINGER F, BLAY JY, COSCAS Y, MORERE JF. Organized colorectal cancer screening programmes : how to optimize efficiency in the general population. *European Journal of Cancer Prevention*, 2011 Jan; 20 Suppl 1:S20-5.
26. ETUDE Roche ÉDIFICE : de nouvelles données publiées dans le cadre du congrès de l'ASCO confirment l'intérêt d'un programme structuré de dépistage systématique dans le cancer colorectal et montrent l'importance de l'implication des médecins généralistes dans le dépistage du cancer de la prostate en France. Communiqué de presse. Orlando, le 2 juin 2009. *European Journal of Cancer Prevention*, 2011 January; 20 Suppl 1:S5-7.
27. BUTORI R, PARGUEL B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur .Dans Actes de l'AFM - AFM, France (2010) - <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228/fr/>
28. MILLER WR. Motivational Interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy* 1983 ; vol 11, p 147-172.

29. MILLER WR, SOVEREIGN R, KREDGE B. Motivational Interviewing with problem drinkers: II. The drinker's check-up as a preventive intervention. Behavioural Psychotherapy, 1988; vol 16 : pp 251-268.
30. AZOULAI G. Les Entretiens Motivationnels et la prise en charge de la toxicomanie en ville. Le Quotidien du médecin. 9 mai 2005.
31. PATTERSON G, FORGATCH MS. Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Dec 1985; vol 53: 846-85.
32. AZOULAI G. Le Journal, revue trimestrielle de FMC en psychiatrie. N°25, oct 2004, p.25.
33. MILLER William R, ROLLNICK S. Motivational Interviewing : preparing people to change addictive behavior. New-York : Guilford Press, 1991.
34. MILLER William R, ROLLNICK S. Motivational Interviewing : preparing people for change. Second édition. New-York : Guilford Press, 2002.
35. ROGERS CR. Client-centered therapy. Boston: Houghton-Mifflin, 1951.
36. BANDURA A. Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 1977 ; vol 84, 191-215.
37. BANDURA A. Self-efficacy in changing societies. New-York : Whorth Publishers, 1977.
38. LUKASIEWICZ M, BENYAMINA A, FRENOY-PERES M, REYNAUD M. L'entretien motivationnel II- Les aspects techniques. Alcoologie et Addictologie 2006 ; 28(3) 231-235.
39. JANIS IL, MANN L. Decision Making : A Psychological Analysis of Conflict, Chance and Commitment. New York : Free Press; 1977.

6. ANNEXES

6.1. Annexe 1 : Grille d'entretien téléphonique

Évaluation de la formation à l'entretien motivationnel dans la promotion du dépistage organisé des cancers

Bonjour, je me présente, Aurélie EGRON, interne en médecine générale. Vous avez participé il y a 7 mois à une formation sur l'entretien motivationnel, dans la promotion du dépistage organisé des cancers. Dans le cadre de ma thèse je réalise l'évaluation de cette formation.

Pour les besoins de l'analyse, accepteriez-vous que cet entretien soit enregistré ?

Toutes vos réponses seront anonymes et confidentielles.

Avant de commencer avez-vous des questions sur le déroulement de l'entretien ?

Si vous êtes prêts nous allons commencer.

Je vais d'abord vous demander quelques renseignements vous concernant.

- *Quel est votre âge ?*
- *Dans quel semestre êtes-vous actuellement ?*
- *Aviez-vous déjà réalisé votre stage praticien niveau 1 avant de faire cette formation ?*

Les questions qui vont suivre maintenant vont porter sur la période précédant la formation.

Q 1. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi de participer à la formation sur l'entretien motivationnel ?

Q 2. Quelle était votre opinion sur le sujet avant la formation ?

Q 3. A quelles connaissances théoriques et pratiques vous attendiez-vous à être initié avant de faire la formation ?

Q 4. Aviez-vous déjà remis des tests Hemoccult-II® ?

Si OUI :

Quelles raisons vous ont poussé à remettre ce test ?

Si NON :

Quelles raisons vous ont empêché de remettre ce test ?

**Le vais maintenant vous poser des questions
sur le déroulement de cette formation.**

Q 5. Qu'avez vous pensé de cette initiation à l'entretien motivationnel ?

- *Le contenu est-il conforme aux attentes ?*
- *Qu'avez-vous pensé de l'ambiance du groupe ?*
- *Qu'avez-vous pensé des compétences des intervenants ?*
- *Que pensez-vous de la durée de cette formation et de son organisation en deux journées différées ?*

Q 6. Qu'avez vous retenu de cette formation à l'entretien motivationnel ?

**Le vais maintenant vous poser quelques questions sur l'application
de cette formation dans votre pratique professionnelle.**

Q 7. Avez-vous utilisé la technique de l'entretien motivationnel au cours de votre pratique professionnelle ?

Si OUI

Veillez me donner des exemples de situations dans lesquelles vous avez appliqué la technique de l'entretien motivationnel ?

Et comment cela s'est passé ?

Avez-vous l'intention de continuer à mettre en œuvre cette méthode ?

Si NON

Pour quelles raisons n'avez vous pas appliqué la méthode de l'entretien motivationnel ?

Avez-vous l'intention de mettre en œuvre cette méthode ?

Q 8. Avez-vous utilisé la technique de l'entretien motivationnel dans le cadre de la promotion du dépistage organisé des cancers ?

Si OUI

Veillez me donner des exemples de situations dans lesquelles vous avez appliqué la méthode de l'entretien motivationnel dans le cadre du dépistage organisé des cancers

Comment cela s'est passé ?

Avez-vous l'intention de continuer à mettre en œuvre cette méthode ?

Si NON

Pour quelles raisons n'avez-vous pas utilisé la méthode de l'entretien motivationnel dans la promotion du dépistage organisé des cancers ?

Avez-vous l'intention de mettre en œuvre cette méthode ?

**Maintenant, je souhaiterais avoir votre opinion
sur l'intérêt de l'entretien motivationnel.**

Q 9. La technique de l'entretien motivationnel vous semble-t-elle être une méthode intéressante dans votre pratique professionnelle ?

Si OUI

Veillez me préciser en quoi cette méthode vous paraît être intéressante

Si NON

Veillez me préciser en quoi cette méthode ne vous paraît pas intéressante

Q 10. Selon vous, comment cette technique peut faire changer les comportements de santé de vos patients?

Veillez me donner des exemples issus de votre pratique professionnelle ?

Q 11. Selon vous, l'entretien motivationnel est-il une méthode permettant d'améliorer la participation au dépistage organisé des cancers ?

Si OUI

Veillez me préciser en quoi cette méthode peut-elle améliorer la participation au dépistage organisé des cancers

Si NON

Veillez me préciser pourquoi cette méthode ne peut améliorer la participation au dépistage organisé des cancers

**Maintenant je vais vous poser quelques questions visant l'amélioration
de cette formation pour les sessions à venir :**

Q 12. Quelles suggestions pouvez-vous faire pour améliorer cette formation ?

Avez-vous d'autres suggestions ?

Q 13. Vous semble-t-il pertinent de réaliser cette formation pendant votre formation initiale ?

Q 14. La place consacrée au dépistage organisé des cancers dans cette formation vous a-t-elle semblée suffisante ?

Q 15. Quels seraient vos besoins de formation centrés spécifiquement sur le dépistage organisé des cancers ?

Q 16. Quels sont les outils ou supports dont vous auriez besoin dans votre pratique pour parfaire cette formation ?

Q 17. Souhaitez-vous approfondir vos connaissances à l'entretien motivationnel suite à cette formation ?

Par quel moyen ?

Le questionnaire est maintenant terminé.

- *Qu'en avez-vous pensé ?*
- *Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?*

Conclusion

Je tiens à vous remercier de m'avoir accordé cet entretien. Sachez que je reste à votre disposition si vous avez des questions ou des remarques complémentaires à formuler. Vous pouvez me contacter par mail. Je vous souhaite une bonne journée.

6.2. Annexe 2 : Entretien Motivationnel

L'**entretien motivationnel** est une méthode de communication fondée sur la relation d'aide, visant à améliorer la qualité de l'alliance thérapeutique entre un patient et son thérapeute. Décrite pour la première fois en 1983 par le psychologue américain William MILLER (28), l'entretien motivationnel est directement issu des expériences acquises dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants (29, 30), dont la motivation pour mettre en œuvre un changement de comportement vis-à-vis de l'alcool, est souvent ambivalente. En 1985, PATTERSON et FORGATCH (31) montrent que la résistance présumée des patients au changement est étroitement corrélée à l'attitude du soignant (32). Un style d'intervention empathique semble par exemple faciliter une évolution comportementale chez les patients, en revanche la confrontation et la persuasion semblent augmenter la résistance au changement (6).

Forts de ces constats en 1991, les psychologues William MILLER et Stephen ROLLNICK décrivent une méthode plus élaborée sur l'entretien motivationnel, dans un ouvrage intitulé « *Motivational Interviewing, Preparing People to Change Addictive Behavior* » (33). Amélioré et complété par les données issues de la littérature scientifique, un second manuel de référence est édité en 2002, et fera l'objet d'une traduction française en 2006 (6, 34). Suite à la parution de cet ouvrage, l'entretien motivationnel est rapidement diffusé dans les pays anglo-saxons, initialement dans le champ de l'addictologie, puis plus largement dans celui de l'éducation thérapeutique (12).

La méthode de l'entretien motivationnel repose sur des notions et concepts bien connus (12).

En effet, l'entretien motivationnel est une évolution de « *l'Approche Centrée sur la Personne* » développée par Carl ROGERS (35) en 1951. Dans cette approche, il est préconisé que le soignant adopte plutôt une attitude empathique, chaleureuse, dépourvue de jugement et authentique, pour permettre un changement naturel de comportement chez le patient (6, 32).

En outre BANDURA en 1977 (36, 37) propose le concept de *sentiment d'efficacité personnelle*. Il suggère que les patients dépendants auraient le plus souvent un faible sentiment d'efficacité personnelle, issu d'expériences et événements personnels négatifs. Ainsi en encourageant le patient dans sa démarche, on contribuerait à renforcer ce sentiment d'efficacité personnelle. Or, un fort sentiment d'efficacité personnelle tend en partie à accroître le degré de motivation des patients pour s'engager dans une démarche comportementale salutogène (32, 38).

Par ailleurs JANIS et MANN (39) décrivent en 1977 le *phénomène d'ambivalence et de balance décisionnelle*. Lorsque le patient a le sentiment d'être tiraillé entre plusieurs valeurs, besoins, désirs conflictuels qu'il considère comme essentiels, cela peut le conduire à éviter toute prise de décision préalable à la mise en œuvre effective d'un comportement. Explorer et résoudre cette ambivalence devient alors l'enjeu prioritaire du soignant (32).

En 1982, PROCHASKA et Di CLÉMENTE (10) suggèrent l'existence de cinq stades par lesquels passe habituellement une personne en cours de changement. Ce *modèle transthéorique du changement* (10) décrit : la précontemplation, la contemplation, la préparation (ou prise de décision), l'action, le maintien (consolidation) et la rechute (6).

Ainsi en 1991, inspirés de ces concepts déjà existants, les psychologues MILLER et ROLLNICK définissent l'Entretien Motivationnel comme « *une approche centrée sur la personne, qui vise à amener à un changement de comportement par l'augmentation de la motivation intrinsèque, en aidant le patient à explorer et à résoudre son ambivalence* » (6).

Les principes fondamentaux décrits et utilisés dans la pratique de l'entretien motivationnel sont les suivants :

- **Exprimer de l'empathie** est essentiel au cours des entretiens motivationnels. A travers une écoute réflexive et maîtrisée, l'intervenant cherche à comprendre les sentiments et les points de vue du patient sans les juger ni les critiquer. Ce mode d'écoute permet au patient de s'assurer qu'il est bien compris et accepté, de parler en confiance de ses craintes et valeurs personnelles et surtout de consolider « l'alliance thérapeutique » (6, 12, 32).
- **Développer la divergence**, pour se diriger vers la résolution de l'ambivalence. Ainsi le patient doit explorer lui-même les arguments en faveur du changement (6).
- **Rouler avec la résistance** signifie qu'on ne s'oppose pas à la résistance et au changement, mais qu'on roule (ou glisse) avec elle. Il est préférable d'inviter le patient à prendre en considération de nouveaux points de vue, et de l'amener à devenir acteur dans la résolution de ses problèmes (6, 12, 32).
- **Renforcer le sentiment d'auto efficacité** (36, 37) pour augmenter la confiance du patient dans ses capacités à surmonter les obstacles et à réussir son changement. Le crédit accordé par une personne à ses possibilités de changement, est un élément important de la motivation (6, 12, 32).

Les techniques de base utilisées dans les entretiens motivationnels ont toutes pour objectif de faciliter l'instauration d'un style relationnel empathique, et de favoriser l'expression et la résolution de l'ambivalence (38). Préférer des questions ouvertes, développer une écoute réflexive, c'est à dire en reprenant ce que le patient nous dit, pour vérifier notre bonne compréhension et lui montrer qu'on l'écoute avec attention. Soutenir la personne aidée afin de renforcer son sentiment d'auto efficacité ou efficacité personnelle (36, 37), c'est à dire l'encourager dans sa démarche. Enfin résumer le contenu de ce qui a été dit au cours de l'entretien motivationnel (6).

En résumé l'entretien motivationnel est une approche qui a montré son efficacité pour promouvoir le changement dans de nombreux comportements de santé. En faisant émerger la motivation intrinsèque du patient et de ses ressources, elle permet d'aider le patient à accomplir un changement de comportement. L'entretien motivationnel favorise la collaboration en respectant l'autonomie et la liberté de choix des individus (6). Cette technique de communication centrée sur le patient suppose une évolution de la relation patient-soignant qui doit être basée sur l'empathie.

En considérant que toute personne possède un potentiel d'évolution, la tâche du soignant est de libérer ce potentiel et de faciliter les processus naturels du changement (6). C'est une façon d'être avec les gens, différente de celles expérimentées dans le passé, ouvrant de nouvelles perspectives au sein de la relation thérapeutique classique médicale (12).

L'intérêt de faire émerger ce « discours-changement » chez des patients opposants est évident (12). Plus encore, l'entretien motivationnel trouve toute son importance dans le domaine de la santé publique où l'amélioration des comportements de santé influence inéluctablement la longévité et la qualité de vie.

Les travaux anglo-saxons démontrent l'efficacité des sensibilisations courtes à l'entretien motivationnel chez les professionnels de santé (12).

De même en France, des formations expérimentales de médecins généralistes à l'EM et notamment à l'intervention brève dans le champ de l'alcoologie, ont montré leur efficacité (12, 13).

Issues de ces expériences positives, des formations sont mises en œuvre pour répondre aux différentes demandes des professionnels de santé, en conservant une réflexion éthique indispensable (12).

Soulignons qu'en France l'EM reste encore peu connu et surtout facilement confondu avec d'autres approches plus souvent pratiquées, telles que les thérapies cognitivo-comportementales et les interventions brèves (12).

Enfin, si l'intérêt de l'entretien motivationnel est parfaitement démontré et adapté dans de nombreuses situations, il mérite d'être rappelé que lorsque le pouvoir coercitif est combiné avec un investissement personnel dans le comportement et les résultats d'une personne, alors l'utilisation de l'EM est inappropriée (6). Mais il reste encore à déterminer quelles sont les limites d'utilisation de l'entretien motivationnel (8, 12) ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Faculté de Médecine de TOURS

EGRON Aurélie

Thèse n°

45 pages – 14 tableaux – 2 graphiques

Résumé :

Contexte : Une des priorités du Plan cancer 2009-2013 est d'impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage pour mieux garantir l'égalité d'accès et de recours au dépistage organisé des cancers (DOC). Afin d'augmenter le taux de participation au DOC en région Centre, la Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de Santé (FRAPS) a coordonné en 2008-2009 une recherche-action intitulée : « Identification des freins et leviers au DOC du sein, du col de l'utérus et colorectal, auprès des populations en situation de précarité en région Centre ». Cette étude a montré que la qualité relationnelle des professionnels de santé, pouvait freiner ou encourager l'adhésion au DOC. Ainsi, une des recommandations formulées par la FRAPS était de mettre en œuvre une formation à l'entretien motivationnel (EM) à l'intention des médecins généralistes (MG) de la région Centre, dans la promotion du DOC. En 2011, 19 MG ont participé pendant 2 jours à une formation à l'EM dans le cadre du dépistage organisé des cancers.

Objectif : Evaluer à moyen terme (6 mois), la perception et l'opinion des 19 MG après une formation à l'EM dans le cadre du dépistage organisé des cancers, en région Centre.

Méthode : Réalisation d'entretiens téléphoniques à partir d'une grille d'entretien semi-dirigé. Retranscription complète. Analyse qualitative en 2 parties. La seconde, comparative, réalisée à l'aide d'un logiciel d'analyse textuelle (Alceste). Pour les questions fermées et sociodémographiques, réalisation d'une analyse quantitative.

Résultats :

- 18/19 (94,7%) ont utilisé la technique de l'EM dans leur pratique professionnelle et ont l'intention de continuer à l'appliquer.
- 6/19 (31,6%) ont utilisé la technique de l'EM dans la promotion du DOC.
- Pourtant 17/19 (89,5%) ont l'intention de mettre en œuvre cette technique dans la promotion du DOC car elle permettrait d'ouvrir le dialogue avec le patient et de l'amener à adhérer au DOC.

Conclusion : Les avantages de la méthode de l'EM dans la pratique professionnelle des médecins généralistes sont indéniables, particulièrement en addictologie. Bien que le manque de temps souligné au cours des consultations de médecine générale semble à l'heure actuelle limiter son utilisation, elle offre de nouvelles perspectives dans la relation médecin-patient. L'EM semble également se révéler bénéfique dans la promotion du DOC.

Mots clés : entretien motivationnel, dépistage organisé des cancers, formation, médecins généralistes, région Centre, FRAPS.

Jury :

Président de Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres du jury : Monsieur le Professeur Philippe COLOMBAT
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSH
Madame le Docteur Morgiane BRIDOU
Monsieur le Docteur Ken HAGUENOER
Monsieur le Docteur Boris SAMKO

Date de la soutenance : vendredi 15 juin 2012