Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014 **N°**

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Morgane Vidaillac
Née le 20/06/1986 à Enghien les Bains (95)

Présentée et soutenue publiquement le 10 avril 2014

IMPACT D'UNE FORMATION A l'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL SUR LES PRATIQUES DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE

Jury

Président de Jury : **Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**
Membres du jury : **Madame le Professeur Laurence CORNU-BERNOT**
Monsieur le Professeur Denis ANGOULVANT
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Madame le Docteur Anne DANSOU

FACULTÉ DE MÉDECINE
TOURS

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN
Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS
Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
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 Etienne LEMARIE
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 – A. GOUAZE – 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. MORAINE - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD – JC. ROLLAND – 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
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
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
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	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
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & Cytologie pathologiques
	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
	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	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)
	HANKARD Regis	Pédiatrie
	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
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

LEBRANCHU Yvon ..... Immunologie
LECOMTE Thierry..... Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LESCANNE Emmanuel..... Oto-Rhino-Laryngologie
LINASSIER Claude ..... Cancérologie ; Radiothérapie
LORETTE Gérard..... Dermato-Vénéréologie
MACHET Laurent ..... Dermato-Vénéréologie
MAILLOT François..... Médecine Interne
MARCHAND-ADAM Sylvain ..... Pneumologie
MARRET Henri..... Gynécologie et Obstétrique
MARUANI Annabel ..... Dermatologie
MEREGHETTI Laurent..... Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain ..... O.R.L.
MULLEMAN Denis ..... Rhumatologie
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
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
MM. SIRINELLI Dominique..... Radiologie et Imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre ..... Pédiatrie
Mme TOUTAIN Annick ..... Génétique
MM. 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 ANGOULVANT Theodora ..... Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M. BAKHOS David ..... O.R.L.
Mme BAULIEU Françoise..... Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe..... Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle ..... Biologie cellulaire
BLASCO Hélène..... Biochimie et biologie moléculaire
MM. BOISSINOT Eric ..... Physiologie
DESOUBEAUX Guillaume..... Parasitologie et mycologie
Mme DUFOUR Diane..... Biophysique et Médecine nucléaire
M. EHRMANN Stephan..... Réanimation médicale
Mme FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie..... Anatomie et Cytologie pathologiques
M. GATAULT Philippe ..... Nephrologie
Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine..... Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
MM. GYAN Emmanuel..... Hématologie, transfusion
HOARAU Cyrille..... Immunologie
HOURIOUX Christophe..... Biologie cellulaire
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique..... Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
LE GUELLEC Chantal ..... Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique

	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie
	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

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

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M.	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 7292
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
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 la Faculté de Médecine

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier *(éthique médicale)*
M.	BOULAIN Thierry	Praticien Hospitalier *(CSCT)*
Mme	CRINIERE Lise	Praticien Hospitalier *(endocrinologie)*
M.	GAROT Denis	Praticien Hospitalier *(sémiologie)*
Mmes	MAGNAN Julie	Praticien Hospitalier *(sémiologie)*
	MERCIER Emmanuelle	Praticien Hospitalier *(CSCT)*

Pour l'Ecole d'Orthophonie

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

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer mes plus sincères remerciements à l'ensemble des membres du jury, qui m'ont fait l'honneur de juger ce travail.

A Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury.
Je vous suis reconnaissante pour votre soutien et vos conseils, dès la naissance de ce projet. J'ai un sincère respect pour vous et les valeurs que vous défendez pour la médecine générale. Veuillez recevoir ici l'expression de ma plus grande estime.

A Madame le Professeur Florence Cornu-Bernot,
Vous avez très gentiment accepté de faire partie de ce jury. Je suis honorée et ravie que ce travail puisse bénéficier de vos éclairages. Veuillez recevoir mon respect et ma gratitude.

A Messieurs les Professeurs Emmanuel Rusch et Denis Angoulvant,
Vous m'honorez en évaluant ce travail. Veuillez recevoir mon respect et ma gratitude.

A Madame le Docteur Anne Dansou, *ma directrice de thèse,*
Tu as été à l'initiative de ce projet en me permettant de découvrir l'EM. Je te remercie pour tes précieux conseils, tes « interventions motivationnelles » tout au long de ce travail, ta disponibilité, ta bonne humeur communicative, et au fil du temps, ton amitié.

Je voudrais également remercier ceux qui ont participé activement à la réalisation de ce projet.

A Madame le Docteur Dorothée Lecallier,
Je te remercie pour ton soutien, ta bienveillance, et pour ce travail conséquent que tu as mené en codant les entretiens. Sans toi, cette étude n'aurait pu être.

A Madame Florence Da Silva,
Je te remercie pour la formation de qualité que tu as su mettre en place et toujours améliorer, mais pour bien plus encore : pour ton enthousiasme dès la naissance de ce projet, ta disponibilité, ton soutien, ton amitié.

A Monsieur Christophe Gaborit,
Vous avez très gentiment et très simplement accepté de m'aider pour ce travail. Je vous suis reconnaissante pour votre disponibilité.

A tous les internes de médecine générale *ayant participé à l'étude : un grand merci à vous tous. Sans vous, rien n'aurait été possible.*

Mes remerciements vont également à tous ceux qui m'ont éclairé pendant ces trois années d'internat de médecine générale et qui ont sans conteste influencé le médecin généraliste que je deviens.

*Je pense particulièrement à toute l'**équipe de la Maison de Santé Pluridisciplinaire d'Avoine**, médecins, dentistes, secrétaires ; à toute **l'équipe du Rézo Addictions 41** et à tous les professionnels médico-sociaux que j'ai pu rencontrer grâce à ce stage et qui m'ont considérablement ouvert l'esprit;...aux **membres du DUMG**, à **mon tuteur**....*

Il y a des rencontres qui marquent, professionnellement et humainement.

*Je tiens à remercier les confrères qui m'ont fait confiance et m'ont ouvert leur cabinet lors des remplacements : les **docteurs Catherine D'Orazio, Dominique Charpentier, Bernard Mosettig et Jean-Michel Mathieu**.*

*Et, je remercie **les patients** qui m'en apprennent tous les jours et me font avancer.*

Je tiens également à remercier mes proches,

***A mes parents**, pour notre complicité, votre soutien indéfectible, pour les valeurs que vous nous avez transmises, pour votre exemple.*
Avec votre soutien, rien n'est impossible.

***Au club des cinq** : mon frère **Juju**, ma sœur **Titi**, mes cousins **Auré** et **Paupau**.*
D'avoir grandi ensemble nous rend plus fort et plus heureux.
*Et cela continue alors que la petite dernière fêtera bientôt ses 24 ans, et que le club s'agrandit avec les « valeurs ajoutées : **Audrey** et **Hugo**, et **Fred**.*

***A mes grands-pères**, pour l'enfance idyllique que vous nous avez offerte, et pour votre présence bienveillante.*

***A mon parrain Jean-Paul et à ma tante Sylvie**, pour votre soutien, votre affection, et les bonheurs partagés. Je pense aux repas en famille, sous l'œil bienveillant et espiègle du « soleil », aux après-midi sur les plages bretonnes avec tata qui nous attendait au bord de l'eau avec une serviette bien chaude et des crêpes… et tant d'autres.*

***A la famille Livet : Nico, Martine et Laulau**, pour ces moments de partage et de joie. Je pense aux repas chez papy et mamie, aux balades dans le bois, aux vacances à Saint-Gilles…*

***A mes Grands-mères, à Mémé**, qui nous ont quittées. Je pense à vous.*

Merci à tous, je suis fière de faire partie de cette famille.

***A la famille lefebvre**, ce n'est pas un hasard si vous êtes placés ici, entre la famille et les amis. Vous voir, c'est toujours faire le plein de bonne humeur.*

***A mes amis** :*

***Elise**, alias Ilaiz ou encore mi amor, qui fait le voyage depuis la Guyane pour être là. Sans ton soutien, je n'en serais pas là. Et merci pour les fous rires.*

***Najla**, tu crois au destin. Je suis tellement heureuse qu'il nous ait réuni il y a déjà quelques années. Merci pour cette belle amitié.*

*Mes amies de la fac : **Stéphanie, Lucie H. alias Lucette, Jeanne, Alexandrine, Lucie M., Noémie**…*

*Mais aussi : **Marc, Mickaël, Cédric, Simo**…*

Merci à tous, simplement d'être vous.

Enfin,

***A Fred**, pour ta tendresse, ton soutien, tes attentions, ton sourire,*
…nos brunchs du dimanche matin…
Le bonheur.

IMPACT D'UNE FORMATION A l'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL SUR LES PRATIQUES DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE

RESUME

Contexte : Lors des études médicales, la maîtrise de la communication est au premier plan des compétences à acquérir, et est mentionnée dès le programme de l'Examen Classant National (ECN). Selon le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), la relation médecin-patient, la communication et l'approche centrée sur le patient sont le cœur du professionnalisme. Pourtant, les étudiants reçoivent peu de formation spécifique dans ce domaine. L'Entretien Motivationnel (EM) est un style relationnel collaboratif qui a démontré son efficacité pour favoriser un changement nécessaire en santé (tabac, alcool, exercice physique, alimentation, prise de médicaments…). Un séminaire, portant spécifiquement sur l'enseignement de l'EM, est proposé aux internes de médecine générale de la faculté de médecine de Tours depuis 2011. L'étude a porté sur les 23 internes qui ont participé à la formation proposée en 2013.

Objectif de l'étude : Le but de l'étude était d'évaluer si une formation à l'EM au cours de leur formation initiale pouvait améliorer la confiance, les compétences et les pratiques des internes de médecine générale.

Méthode : L'évaluation de l'impact sur les compétences des internes a été réalisée par la comparaison des scores MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity) de consultations simulées avant et après la formation. Leurs avis, leur confiance dans leurs compétences, et leur utilisation de l'EM, ont été recueillis par des questionnaires auto-administrés, envoyés par mail à 3 mois.

Résultats : La formation semble avoir favorisé une amélioration des compétences des internes. Ils se sentaient plus confiants et ont déclaré utiliser les principes de l'EM pour prendre en charge les patients ayant des comportements à risque. Plus largement, pour la plupart ils ont noté un changement positif dans la qualité relationnelle de leurs entretiens, en particulier une meilleure compétence d'écoute.

Conclusion : Pour développer les compétences relationnelles des internes, plusieurs enseignements se combinent probablement utilement (stages, Groupes Balint…). Une formation en EM semble particulièrement à sa place parmi eux.

Mots clés : entretien motivationnel, formation, internes médecine générale, relation médecin-patient.

TRAINING MEDICAL STUDENTS IN GENERAL PRACTICE TO CONDUCT MOTIVATIONAL INTERVIEWING: IMPACT ON PROFESSIONAL PRACTICE

ABSTRACT

Context : Communication skills is one the main item to learn during medical studies, as it appears on the ECN exam program. According to the national general practitioner teacher society (CNGE), this is well managed interaction between doctors and patients, communication skills and patient-centered approach that distinguish competent doctors. Yet, medical students are not trained during their courses for communication. Motivational Interviewing has been proven effective to conduct conversations with patients about behavior change (tobacco, alcohol, exercise, diet, medication adherence…) using collaborative approach. A training of Motivational Interviewing is offered since 2011 to the medical students of Tours University. This study focus on the 23 students that attended this training in 2013.

Objective : The aim of the study is to examine the effectiveness of a motivational interviewing training program among medical students and the effect on their communication skills

Method : To determine the impact of the training, students were invited to meet with two standardized patients before et after the training, and their MITI scores (Motivational Interviewing Treatment Integrity) were compared. Moreover, theirs feelings about theirs communication skills and use of Motivational Interviewing were collected with forms, send by emails three months after the training.

Results : The MI training seems to improve skills of medical students. They feels more confident and use MI to influence personal motivation of theirs patients for behavior change. Most of them notice improvement of their relation with patients, especially a better listening ability.

Conclusion : This study indicate evidence that the motivational interviewing training combines well with others trainings as work placement, Balint Groups… to improve communication skills of medical students,

Keywords : Motivational interviewing, communication training, medical students, doctor – patient relation

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS 13
LISTE DES FIGURES 14
LISTE DES TABLEAUX 15
1- INTRODUCTION 16
1-1 La naissance du projet : une problématique personnelle 16
1-2 La communication : une compétence requise 17
1-2-1 Deuxième cycle des études médicales 17
1-2-2 CNGE : Compétences en médecine générale 17
1-3 L'Entretien Motivationnel 18
1-3-1 L'historique, les influences, le processus du changement 18
1-3-2 L'esprit 22
1-3-3 La méthode 23
1-3-4 Validité 25
1-3-5 EM et manipulation ? 27
1-4 Formation initiale des médecins généralistes 28
1-5 Formation proposée à la faculté de médecine de Tours 28
1-6 Problématique/Question 29
2- L'ETUDE : OBJECTIF, MATERIEL ET METHODES 31
2-1 Objectifs 31
2-2 Descriptif de l'étude 31
2-2-1 Schéma de l'étude 31
2-2-2 Population étudiée 32
2-2-3 Formation à l'Entretien Motivationnel proposée 32
2-2-4 Entretiens 33
2-2-5 Codage 33
2-2-6 Outil de mesure : MITI 33
2-2-7 Questionnaires 34
2-3 Méthode statistique 35
3- RESULTATS 36
3-1 Description de la population de l'étude 36
3-2 Scores MITI 37
3-2-1 Evolution des scores globaux et de comportements après la formation 37
3-2-2 Influence des variables médiatrices 38
3-3 Stratégies utilisées par les internes pour prendre en charge les patients ayant des comportements à risque avant/après 38
3-4 Importance/confiance/disposition à intégrer l'EM dans leur pratique avant/après 39
3-5 Utilisation de l'EM 41

3-5-1 Domaines d’utilisation, facilités, difficultés....41
3-5-2 Impact sur la qualité relationnelle des entretiens....43
3-6 Confiance des participants dans leurs compétences à prendre en charge les patients aux comportements à risque en santé....44
3-6-1 Evolution de la confiance des participants....44
3-6-2 Besoins ressentis des participants pour augmenter leur confiance....44
3-7 Suggestions pour améliorer la formation....45
4- DISCUSSION....46
4-1 Méthodologie....46
4-1-1 Population étudiée....46
4-1-2 Déroulement et contenu de la formation....47
4-1-3 Limites et intérêts de la méthodologie d’évaluation....47
4-2 Analyse des résultats et confrontation aux données de la littérature....49
4-3 Propositions pour l'avenir....57
5- CONCLUSION....60
6- BIBLIOGRAPHIE....62
7- ANNEXES....66
ANNEXE 1 : Ecoute active de Thomas Gordon....66
ANNEXE 2 : Les 12 impasses relationnelles de Gordon....67
ANNEXE 3 : Mémo de l’HAS sur l’EM....68
ANNEXE 4 : Dix choses que l’EM n’est pas....69
ANNEXE 5 : Formation : contenu détaillé....76
ANNEXE 6 : Courriel aux internes....78
ANNEXE 7 : Cas cliniques....79
ANNEXE 8 : MITI :....80
ANNEXE 9 : Questionnaire T0....84
ANNEXE 10 : Questionnaire T2....85
ANNEXE 11 : Détail des scores MITI par participant....86
ANNEXE 12 : Verbatim complet des questionnaires....88
ANNEXE 13 : Tableau des résultats des échelles....95
ANNEXE 14 : Un extrait du livre d’A. Gromolard, « Prendre sa vie en main »....96

LISTE DES ABREVIATIONS

AFDEM : Association Francophone de Diffusion de l'entretien Motivationnel

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ECN : Examen Classant National

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

EM : Entretien Motivationnel

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FRAPS : Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de Confiance

MET : Motivational Enhancement Therapy

MINT : Motivational Interviewing Network of Trainers

MISC : Motivational Interviewing Skill Code

MI-SCOPE : Motivational Interviewing Sequential Code for Observing Process Exchanges

MITI : Motivational Interviewing Treatment Integrity Code

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SIMEES : Service d'Information Médicale d'Epidémiologie et d'Economie de la Santé

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

UE : Unité d'Enseignement

VASE : Video Assessment of Simulated Encounters

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Marguerite des compétences en médecine générale.....18

Figure 2 : Les stades du changement de comportement - le modèle Trans théorique de Prochaska et Diclemente 20

Figure 3 : Balance décisionnelle 20

Figure 4 : Relation dissonante.....22

Figure 5: Les 4 processus de l'EM.....23

Figure 6 : Illustration de Piem.....30

Figure 7 : Protocole de l'étude 31

Figure 8 : Analyse descriptive avant/après du nombre d'étudiants atteignant les seuils de compétences recommandés.....38

Figure 9: Analyse descriptive avant/après des réponses des internes aux questions concernant l'importance, la confiance et la disposition à intégrer l'EM dans leur pratique (échelles visuelles de 0 à 10 des questionnaires T0 et T2).....40

Figure 10: Analyse descriptive des réponses à la question concernant l'évolution de leur confiance en leurs compétences dans la prise en charge des patients aux comportements à risque en santé (échelle visuelle de 0 à 10 du questionnaire T2).....44

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Formation proposée.....32

Tableau 2: Seuils de compétence basés sur le MITI.....34

Tableau 3 : Participants au cours de l'étude.....36

Tableau 4: Résultats MITI 3.....37

Tableau 5: Stratégies des participants avant/après la formation.....39

Tableau 6: Evolution des moyennes des scores des échelles : importance, confiance, disposition des internes à intégrer l'EM dans leur pratique.....40

Tableau 7: Utilisation de l'EM : facilités et difficultés.....41

Tableau 8 : Utilisation de l'EM : domaines utiles/inutiles.....42

Tableau 9: Utilisation de l'EM : impact sur la qualité relationnelle.....43

Tableau 10 : Besoins ressentis des participants pour augmenter leur confiance.....44

Tableau 11: Suggestions des participants pour améliorer la formation.....45

1- INTRODUCTION

1-1 La naissance du projet : une problématique personnelle

Dans les livres cela paraît plutôt simple. Du moins, la difficulté semble résider dans la démarche diagnostique. Une fois cette étape, plus ou moins délicate franchie, on fait une ordonnance, et le patient est soigné….sauf que….selon les études, l'observance des traitements n'est que d'environ 50% chez les patients atteints de maladies chroniques [1].
Rapidement, en stage et donc en contact avec de vrais patients, je me suis rendu compte que les informer sur ce qui semble être le mieux pour leur santé, même avec l'appui d'études de haut niveau de preuve scientifique, et même lorsqu'ils en conviennent…. ne suffit pas.
Pour les démarches diagnostiques, pour les posologies des traitements, il y a toujours un référent pédagogique, des ressources validées, même le carnet dans la poche pour nous sortir du doute. Mais…

Au fur et à mesure de mon cursus, il est devenu évident qu'une des compétences les plus importantes et difficiles à acquérir était la compétence relationnelle (être un « bon communicateur »). Je pense être à l'écoute. J'essaie de m'adapter aux possibilités de compréhension des patients. Pourtant, cela ne suffit pas. D'ailleurs les situations qui me posent problème sont souvent liées de près ou de loin à un souci de communication ou de relation. Je pense maintenant que la solution réside dans l'engagement dans la relation médecin-patient.

Les médecins généralistes acquièrent en général ces compétences avec l'expérience et une formation de quelques heures ne remplacera jamais cela. Cependant il me semble dommage d'attendre des années alors qu'une formation en communication pourrait nous donner quelques outils, une ouverture d'esprit. Ma réflexion a donc été la suivante : notre formation initiale ne manque-t-elle pas d'une formation systématique en communication ?

Puis, à la faculté de médecine François Rabelais de Tours, j'ai eu l'opportunité de participer à un atelier de tabacologie lors des « Journées de septembre » de 2011, animé par le Dr Anne Dansou, Praticien Hospitalier, tabacologue et pneumologue, où étaient abordés l'esprit et les outils de l'Entretien Motivationnel (EM). Cette rencontre a été décisive pour moi et j'ai eu envie de la partager. Un sujet de thèse alliant mon intérêt pour la formation des internes en médecine générale d'une part, et mes questionnements sur la relation médecin-patient d'autre part, s'est imposé.

Nous nous sommes interrogés sur l'impact d'une formation à l'EM sur les pratiques des internes de médecine générale. Ainsi, nous avons réalisé une étude évaluative de la formation proposée à Tours en 2013.

Au préalable, il convient de bien appréhender la place d'une formation à l'EM en formation initiale. Nous aborderons ainsi les compétences requises en médecine générale, les fondements et principes de l'EM, et les formations proposées actuellement. Puis, nous entrerons dans le détail de l'étude réalisée, de ses résultats, et des enseignements qui peuvent en être tirés.

1-2 La communication : une compétence requise

1-2-1 Deuxième cycle des études médicales

Le programme des items pour l'ECN (Examen Classant National) a été mis à jour en 2013 [2]. Selon le Bulletin Officiel N°20 du 16 mai 2013 : « *Les modalités d'enseignement doivent favoriser le développement de l'auto-apprentissage contrôlé et de l'interdisciplinarité. La progression très rapide des connaissances impose des choix et conduit à rejeter toute idée d'exhaustivité dans le programme de ces trois années.* ». *« Les compétences à acquérir sont celles de communicateur, de clinicien, de coopérateur, membre d'une équipe soignante pluri-professionnelle, d'acteur de santé publique, de scientifique et de responsable au plan éthique et déontologique. L'étudiant doit également apprendre à faire preuve de réflexivité.* »

Pour 2016, le tronc commun comprendra 13 unités d'enseignements (UE) dont 11 unités d'enseignement transdisciplinaires regroupant 362 items, une unité d'enseignement de formation générale à la recherche et une unité d'enseignement «Stages et gardes».

L'unité d'enseignement N°1 est « Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération inter-professionnelle ».
Parmi les objectifs terminaux, voici le N°1 : la relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluri-professionnelle. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins. La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale.

- Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle.
- Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins.
- Connaître les fondements psychopathologiques de la psychologie médicale.
- Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, de l'incertitude sur l'efficacité d'un traitement, de l'échec d'un projet thérapeutique, d'un handicap, d'un décès ou d'un évènement indésirable associé aux soins.
- Favoriser l'évaluation des compétences du patient et envisager, en fonction des potentialités et des contraintes propres à chaque patient, les actions à proposer (à lui ou à son entourage) : éducation thérapeutique programmée ou non, actions d'accompagnement, plan personnalisé de soins.

L'ampleur du programme impose donc des choix à nos formateurs. Cependant, la compétence de communicateur est au premier plan des compétences et du programme cités.

1-2-2 CNGE : Compétences en médecine générale

Dans le numéro de juillet-août 2013 de la Revue Exercer, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) [3] définit le concept de compétence comme « *un savoir agir complexe* » prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes « *nécessaires pour gérer les situations professionnelles authentiques* » [4]. Pour le métier de médecin généraliste, la relation médecin patient, la communication et l'approche centrée sur le patient sont le cœur du professionnalisme. Les compétences génériques transversales, recouvrant l'ensemble des missions du médecin généraliste, sont représentées par la « marguerite des compétences ». Chaque compétence est nommée, définie et décrite par ses composantes. (Voir *figure 1).*

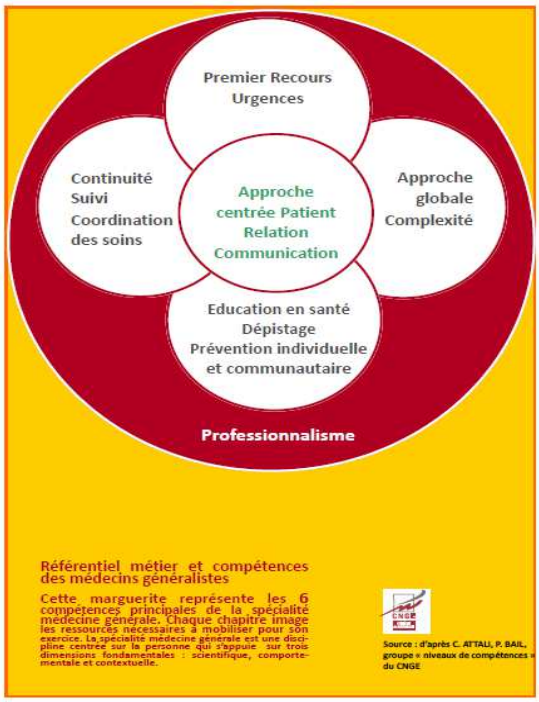


Figure 1: Marguerite des compétences en médecine générale

Selon le CNGE, la maîtrise de la communication est une compétence à acquérir pour exercer la médecine générale. Pourtant, en dehors de l'apprentissage sur le terrain lors des stages, les internes reçoivent peu de formation spécifique dans ce domaine.

Pour étayer notre réflexion sur l'apport potentiel d'une formation à l'EM, il est nécessaire de préciser ce qu'est l'EM. Nous allons aborder quelques prérequis sur le processus du changement, puis nous décrirons l'esprit et la méthode de l'EM. Ensuite nous illustrerons sa validité avec quelques études. Nous terminerons avec une réflexion éthique sur son utilisation.

1-3 L'Entretien Motivationnel

« *On croit souvent que soigner signifie apporter aux patients ce dont ils manquent, qu'il s'agisse de médicaments, de connaissances, de compréhension ou de compétences. L'entretien motivationnel, au contraire, cherche à susciter du patient ce qu'il a déjà* »
Rollnick, Miller, Butler, Pratique de l'entretien motivationnel, 2009 [5].

1-3-1 L'historique, les influences, le processus du changement

L'entretien motivationnel (EM) est né de la conceptualisation des pratiques cliniques de William Miller, psychologue qui exerce et enseigne au Nouveau-Mexique. Enrichi de sa collaboration avec Stephen Rollnick, psychologue du département de psychologie médicale de l'université de Cardiff (Pays de Galles), l'EM s'est d'abord développé au cours des années 80 aux États-Unis et au Royaume-Uni.
Leur premier ouvrage paru, en 1991, a suscité un grand intérêt parmi les praticiens et les chercheurs. Ses applications ont tout d'abord concerné les addictions, et en particulier le traitement des dépendances à l'alcool, au tabac ou aux drogues illicites, puis se sont étendues à toutes les situations d'accompagnement au changement (addictions, observance thérapeutique, gestion individuelle des facteurs de risque aussi bien dans la prévention que dans la réduction des risques).

La création du Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT) en 1997 pour les pays anglo-saxons, puis plus tard en 2003, l'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel (AFDEM) pour les pays francophones contribuent à sa diffusion [6,7]. Ce sont deux membres de l'AFDEM, les docteurs Dorothée Lecallier et Philippe Michaud qui traduisent en 2006 l'ouvrage de référence de William Miller et Stephen Rollnick de 2002, puis leurs ouvrages de 2009 et 2013 [5, 8, 9].
Début 2014, l'AFDEM compte plus de 100 membres sur 3 continents (Belgique, Canada, France, Liban, Luxembourg, Suisse) et anime 30 formations par an (soit environ 400 personnes formées par an).

Pour comprendre : un mot sur les influences de l'EM :

L'EM est défini comme « *une méthode de communication à la fois directive et centrée sur la personne, ayant pour objectif d'aider les changements de comportement en renforçant les motivations intrinsèques par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* ».
Miller et Rollnick [5].

Parmi les influences et concepts cousins de l'EM on peut citer :
- La thérapie centrée sur la personne de Carl Rogers et l'empathie approfondie [10],
- La psychologie sociale avec notamment la théorie de la réactance de Brehm, et la théorie de l'auto-perception de Bem [11,12] :
- Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC),
- L'écoute active de Gordon, (voir annexes 1 et 2),
- La balance décisionnelle de Janis et Mann [13],
- Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente [14],
- Le sentiment d'efficacité personnelle de Bandura [15],
- Les recherches de Rokeach sur les valeurs propres [16].

Pour comprendre le processus du changement ou éléments de réponse à la question : « *mais pourquoi ne veut-il pas comprendre qu'il doit changer ?* » :

Le modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente (Figure 2) illustre le caractère dynamique du processus de changement [14].
La modélisation en spirale montre le caractère non linéaire du parcours et donne sa place à la « rechute », un état transitionnel « normal », « habituel », et non un stade du changement.

Les étapes de ce modèle sont les suivantes:
- Pré-contemplation : l'individu est en consonance avec son comportement (aussi appelée étape de la « lune de miel »).
- Contemplation : l'individu est ambivalent (« *il faudrait que je change mais…* »).
- Détermination : l'individu prend la décision de changer et élabore un plan.
- Action : l'individu entreprend les changements nécessaires.
- Maintien : l'individu maintient ces changements plus de 6 mois.
- Accomplissement : l'individu n'éprouve plus aucun conflit. Le comportement initial est « du passé » et l'individu en est convaincu.

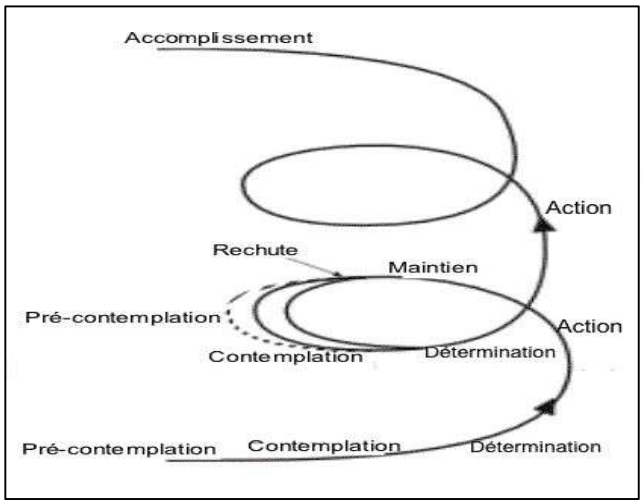


Figure 2 : Les stades du changement de comportement - le modèle Trans théorique de Prochaska et Diclemente

L'ambivalence et la balance décisionnelle (Figure 3): l'ambivalence est une étape normale du processus de changement. Ce n'est pas un signe de mauvaise volonté, ni du déni. Le patient a aussi de bonnes raisons de ne pas changer. Et les bonnes raisons de changer seront les siennes. Quand la balance est à l'équilibre, le changement ne peut pas s'opérer.

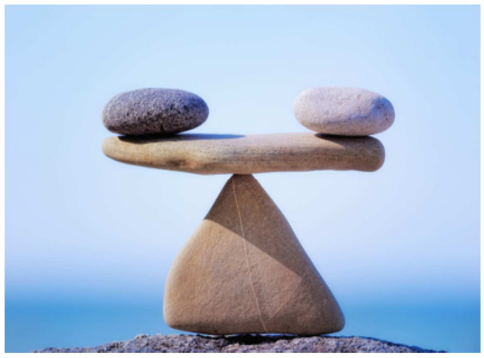
Arguments Pour le statu quo Et Contre le changement		Arguments Pour le changement Et Contre le statu quo

Figure 3 : Balance décisionnelle

Alors comment aider le patient à résoudre son ambivalence ?

Le continuum des styles relationnels : on peut dégager trois styles relationnels :

- Diriger : implicitement c'est « je sais et je vais vous dire ce que vous devez faire ». Exemple : prise d'un antibiotique pour une infection bactérienne.
- Suivre : implicitement c'est « je reste à vos côtés et je vous laisse faire sans intervenir ». Exemple : écouter un patient en fin de vie.
- Et au milieu : Guider : écoute et expertise dispensée quand cela est nécessaire. L'EM se situe dans cette zone, entre diriger et suivre, incorporant certains aspects des deux. L'EM est un style qui guide pour aider le patient à faire émerger ses propres motivations au changement.

Le reflexe correcteur : il vient du réflexe, naturel, qui vise à corriger ce qui semble ne pas fonctionner chez le patient. Il pousse l'intervenant à utiliser une style directif … style inefficace voire contreproductif lorsqu'il s'agit de changement de comportement. Il faut savoir résister au reflexe correcteur (donner les argumenter pour le changement), qui pousse le patient à argumenter pour le statu quo (« oui mais… »), et conduit aux étiquettes de « résistance », et « déni ».
Dans leur dernier ouvrage, Miller et Rollnick utilisent le terme de relation dissonante qu'ils préfèrent au terme utilisé auparavant de « résistance » pour mettre l'accent sur le caractère relationnel de cette réaction (et non directement et exclusivement lié au patient).

Les trois composantes de la motivation au changement sont l'*importance* de ce changement pour le patient, sa *confiance* dans ses capacités à changer et sa *disposition* à changer (se sentir prêt). On comprend ainsi qu'une personne pour qui un changement serait très important mais dont elle ne se sentirait pas capable pourrait se sentir découragée par une approche persuasive, qui la mettrait en défaut.

Donc concernant le changement:
La plupart des patients ne sont pas nécessairement prêts à changer.
Les 3 composantes de la motivation sont :
- importance et besoin du changement
- capacité à changer
- disposition à changer

L'ambivalence est très fréquente, et normale !
Il ne faut pas la confondre avec la « résistance », qui est le fruit d'une relation interpersonnelle dissonante, à identifier comme une sonnette d'alarme pour changer de style de communication. La balance entre discours-changement* et discours-maintien* prédit le changement et est notablement influencée par le style d'entretien de l'intervenant.

*Le discours-changement est tout discours du patient en faveur du mouvement vers un objectif de changement.
Exemple : « Je devrais faire plus attention à mon régime ».

Le discours-maintien est tout discours du patient qui argumente en faveur du statu quo.
Exemple : « Manger est un plaisir et je ne veux pas faire de régime. »

L'expression des deux discours est l'ambivalence.

« *Prendre en considération le changement nécessite un dialogue intérieur, où plaide une voix pour, une autre contre.* » Edition 2013 de l'ouvrage de Miller et Rollnick [9].

La *figure 4* ci-dessous, illustre cette relation qui peut être « dissonante ».

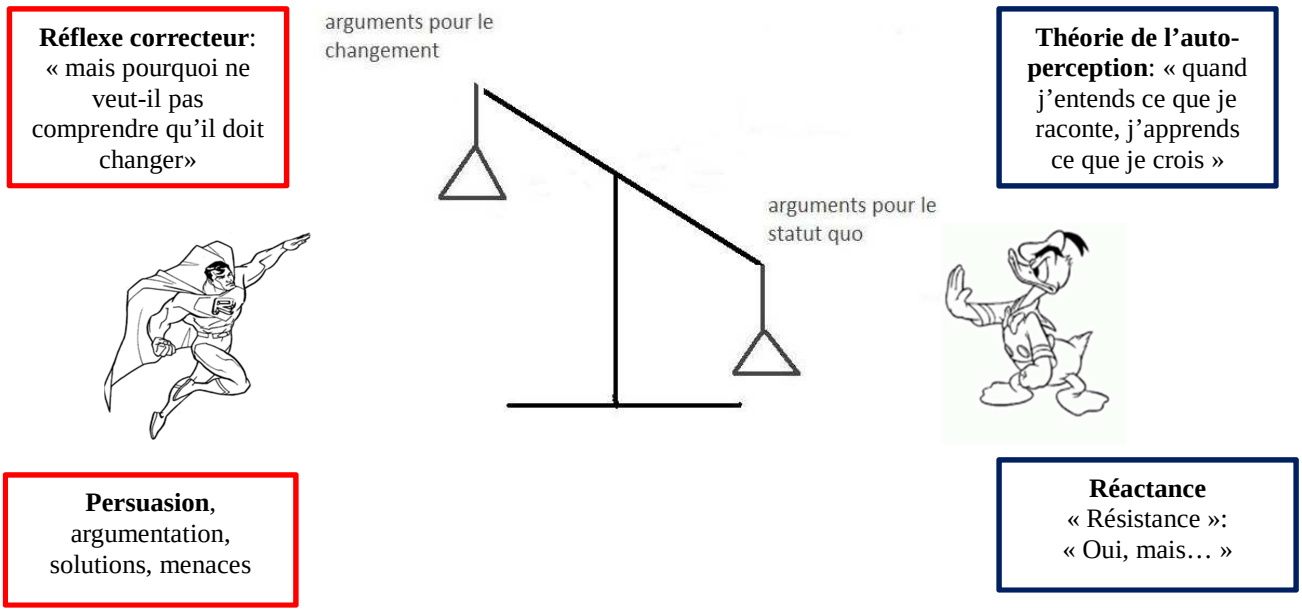


Figure 4 : Relation dissonante

<u>Maintenant, nous allons détailler ce qu'est l'EM en précisant son esprit puis sa méthode.</u>

<u>1-3-2 L'esprit</u>

Les créateurs de l'EM sont des cliniciens qui s'appuient sur la pratique pour réévaluer la méthodologie. L'EM n'est pas dérivé d'une théorie préexistante mais a émergé d'une expérience clinique qui a généré des hypothèses testables. L'évaluation est permanente.

Miller dit à propos de l'histoire de l'EM :
« *Une danse joyeuse entre la recherche et la pratique* » [9].

Dans leur dernier ouvrage traduit en français et paru fin 2013, <u>L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement</u>, Miller et Rollnick proposent trois définitions [9] :

- « Définition grand public : L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif pour renforcer les motivations propres de la personne et son engagement vers le changement. »
- « Définition clinique (*à quoi ça sert ?*) : L'entretien motivationnel est un style d'intervention centré sur la personne pour répondre au problème commun de l'ambivalence à propos du changement. »
- « Définition technique (*comment ça marche ?*) : L'entretien motivationnel est un style de communication collaboratif et centré sur un objectif, avec une attention particulière au langage de changement. Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme. »

Si leur réflexion sur la méthodologie évolue, l'**esprit** ne change pas.
Ses quatre composantes essentielles sont les suivantes :

L'EM : un **partenariat**
L'EM repose sur une interaction collaborative entre soignant et patient : le soignant expert de la santé et le patient expert de lui-même. Cette collaboration n'est possible qu'avec un esprit empathique et respectant l'autonomie du sujet.
« Un bon EM a la douceur d'une valse dans un grand bal » édition 2013 de Miller et Rollnick.

L'EM : le **non-jugement** (***4 aspects***)
Dans la pratique de L'EM, l'intervenant pose un regard positif et attribue ***une valeur inconditionnelle*** au client/patient*, mobilise une ***empathie approfondie***, soutient et respecte son ***autonomie***, reconnait ses capacités et ses efforts par une ***valorisation*** précise et sincère.
**L'EM étant utilisé dans de multiples domaines, les auteurs utilisent le terme « client » et non « patient ».*

L'EM : l'**évocation**
L'EM vise à aider la personne à explorer et exprimer ses propres motivations et ressources pour un changement donné.

L'EM : l'**altruisme**
« *L'EM n'est pas « un truc » pour faire faire aux gens ce qu'on voudrait qu'ils fassent.*»
L'intervenant agit de façon bienveillante pour promouvoir le bien-être de l'autre, en donnant la priorité aux besoins de la personne. C'est parce qu'il est possible de pratiquer les trois premières composantes dans son intérêt propre que les auteurs ont ajouté, dans leur dernier ouvrage, l'altruisme comme élément nécessaire à l'esprit de l'EM.

1-3-3 La méthode

Les quatre processus qui se superposent sont modélisés selon la *figure 5* [9]:

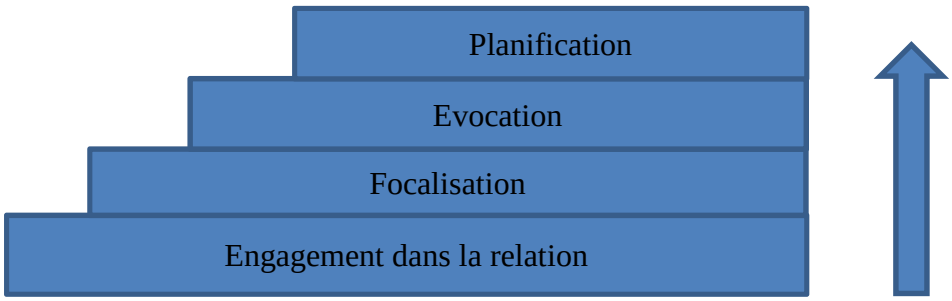


Figure 5: Les 4 processus de l'EM

L'*engagement dans la relation* est le prérequis par lequel les deux personnes construisent un lien utile, une alliance.
La *focalisation* clarifie la direction (quel changement souhaite-t-on voir émerger dans cette consultation ?).
L'*évocation* consiste à faire émerger les propres motivations du sujet. C'est dans ce processus que l'EM présente sa spécificité. Les savoir-faire qui s'y rattachent sont la reconnaissance du discours-changement et les capacités pour l'évoquer et le renforcer.
La *planification* comprend l'engagement vers le changement et la formulation d'un plan d'action précis.

Les savoir-faire essentiels sont : les questions ouvertes, la valorisation, l'écoute réflective, les résumés, informer et conseiller avec permission.
Les quatre premiers outils cités forment l'acronyme mnémotechnique « OuVER » :

- Questions **Ou**vertes
- **V**alorisation
- **E**coute réflective
- **R**ésumé

L'*écoute réflective* est parmi les aptitudes de l'EM l'une des premières à acquérir car à la base des quatre processus. Son objectif général est d'encourager l'exploration personnelle et l'émergence de discours-changement. Avec un reflet, le médecin émet une hypothèse sur ce que vient de dire le patient. Celui-ci peut la confirmer ou l'infirmer, et ainsi se sentir considéré et compris. C'est la présentation en miroir de ce qu'il communique de ses pensées et sentiments. En s'entendant à nouveau, le patient prend connaissance de ses craintes mais aussi de ses forces. La profondeur des reflets va du reflet simple au reflet complexe (du contenu factuel au contenu implicite). Les reflets de sentiments et de valeurs sont puissants pour installer la relation et développer les divergences (un comportement divergent des valeurs ou objectifs propres tendra à être changé car sera source de tension interne).
(Voir annexes 1 et 2 sur l'écoute active de Gordon et les impasses relationnelles).

Exemple :
Patient : « Je sais que c'est pour ma santé. Mais prendre des médicaments toute ma vie, faire un régime toute ma vie... ce n'est pas une vie.».
-Reflet simple (écho) : « Vous savez que faire un régime et prendre les médicaments est important. ». Le reflet peut être partiel : le choix de la sélection est tactique.
-Reflet de l'ambivalence : « D'un côté vous trouvez contraignant de prendre un traitement au long cours et de l'autre vous êtes préoccupé par votre santé. ».
Il faut noter ici l'emploi de « d'un côté… et de l'autre », et non « mais » qui donnerait plus de poids à un des versants de l'ambivalence. C'est au patient de résoudre son ambivalence.
-Reformulation de sentiments : « Vous êtes découragé face à tout ce qu'il faudrait faire pour que votre santé soit meilleure.». Le reflet de sentiment permet au patient de se sentir compris.

Les *questions ouvertes* invitent à développer et permettent ainsi de faire émerger les préoccupations, mais surtout les ressources et motivations du patient. On parle de questions évocatrices. Elles sont au cœur de la stratégie consistant à susciter le discours-changement. Il ne s'agit pas d'interdire toutes les questions fermées qui peuvent avoir une utilité.

Exemple :
« Selon vous, pour quelles raisons devriez-vous changer votre comportement ? »
« En quoi aimeriez-vous que les choses soient différentes ? »

La *valorisation* facilite l'engagement dans la relation, le maintien dans le programme de soin, diminue les attitudes défensives et peut favoriser directement le changement, à condition qu'elle soit authentique et précise.
Le patient doit se sentir capable de faire le changement. Il est important de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle. Valoriser n'est pas féliciter. Féliciter implique, même subtilement, une position supérieure de l'intervenant (qui pourrait aussi blâmer), et un jugement.

Exemple :
« Je suis fier de vous ! » (Féliciter)
« Vous êtes quelqu'un de persévérant. » (Valoriser)

Les *résumés* permettent que le patient s'entende à nouveau. Ils peuvent résumer les valeurs, les bonnes raisons de changer, les ressources, l'ambivalence. Ils invitent le patient à poursuivre son élaboration, permettent le rassemblement de données, l'articulation de liens ou de transitions.

« On se persuade mieux, pour l'ordinaire, par les raisons qu'on a soi-même trouvées, que par celles qui sont venues dans l'esprit des autres »
Pensées, Blaise Pascal. 1669.

Exemple :
Intervenant : « D'un côté, c'est contraignant de faire attention à ce que vous mangez, et en même temps vous ne voulez pas que les complications du diabète vous empêchent de profiter de vos petits-enfants et de pouvoir partager des activités avec eux. »

Informer et conseiller selon *DFD* : Demander-Fournir-Demander : processus d'échange d'information.
Demander : l'autorisation de donner une information, explorer les connaissances préalables, explorer ce qui l'intéresse.
Exemple : « Seriez-vous d'accord pour que je vous dise quelques-unes des choses qui ont fonctionné pour d'autres patients ? ».
Fournir : se centrer sur ce qu'a besoin de savoir la personne, informer de façon claire et en quantité raisonnable, valoriser l'autonomie.
Exemple : « Qu'aimeriez-vous savoir à propos de ce traitement ? ».
Demander : vérifier ce que la personne a compris, laisser le temps au processus de la réaction.
Exemple : « Que pensez-vous de tout ce que nous venons de dire et quelle pourrait être la prochaine étape pour vous ? ».

Ces compétences essentielles ne constituent pas, à elles seules, l'EM mais sont des prérequis pour une pratique efficace. Ce qui caractérise l'EM c'est leur utilisation stratégique respectant son esprit et dans le but d'aider les gens à avancer dans la direction du changement.

« Pratiquer l'EM sans en comprendre ni en manifester l'esprit, c'est comme les mots sans la musique pour une chanson. » Miller et Rollnick.

1-3-4 Validité

L'entretien motivationnel est un style relationnel collaboratif qui a démontré son efficacité pour accompagner les patients à construire leur motivation intrinsèque au changement et à s'engager dans un plan de changement.

Le premier essai clinique multicentrique sur des interventions motivationnelles, le projet MATCH, date de 1997 [17]. Cette étude portait sur l'impact du renforcement de la motivation de sujets avec une dépendance éthylique dans la réussite du sevrage. Il est apparu que les clients « en colère » répondaient particulièrement bien à la MET (Motivational Enhancement Therapy), comparée aux deux autres traitements (TCC et Thérapie spirituelle en douze étapes).

En quelques années, plus de 200 essais randomisés sur l'Entretien Motivationnel ont été publiés ainsi que de nombreux ouvrages. La recherche sur la formation se développe.

Au vu du nombre important et croissant d'études, des méta-analyses ont été réalisées. Afin d'avoir une vision cohérente et globale de l'intérêt de l'EM, Lundahl et Burke ont publié, en 2009, une revue prenant en compte quatre méta-analyses réalisées entre 2003 et 2009 [18-22]. Parmi les résultats obtenus, les auteurs concluent que globalement, l'utilisation de l'EM est au moins 10% plus efficace que l'absence de toute intervention, et a une efficacité au moins égale aux autres approches thérapeutiques utilisées. Il faut remarquer que la plupart des études portaient sur la prise en charge des addictions et l'observance thérapeutique.

La revue *Cochrane* retrouve 14 études réalisées entre 1997 et 2008 où il est démontré que l'utilisation de l'EM est l'intervention la plus efficace pour l'arrêt du tabac (10000 fumeurs) [23].

Pour les autres situations nécessitant des changements de comportement, encore peu d'études ont été menées. Cependant, celles analysées dans la revue de Lundahl et Burke étaient toutes positives ; ce qui est encourageant pour la pratique de l'EM dans ces autres domaines (prévention, réduction des risques, règles hygiéno-diététiques, suivi de maladies chroniques…).

De même, le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse a publié, en 2011, une revue systématique de la littérature sur la mise en œuvre de l'entretien motivationnel en prévention des facteurs de risque cardiovasculaires. Malgré les insuffisances méthodologiques de ces études, les auteurs concluent à une tendance en faveur d'une amélioration de la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire grâce à des interventions basées sur les entretiens motivationnels [24].

L'efficacité de l'EM varie largement selon les études. Une des explications est l'absence de contrôle de la fidélité à l'EM pratiqué dans celles-ci. Dans un article de 2004, les Docteurs Lecallier et Michaud cherchent « à *lever les confusions entre les différentes approches et à identifier clairement l'EM pour ce qu'il est, une philosophie et une évolution radicale du style relationnel entre patient et soignant, et non l'utilisation de techniques appelées à la rescousse pour faciliter la tâche de l'intervenant et faire naître ou augmenter une motivation chez un patient qui en serait dépourvu. »* [25]. Miller et Rollnick font eux-mêmes des recommandations dans ce sens dans leur dernier ouvrage [9]. La clarté sur ce qui constitue (et ne constitue pas) l'EM assure la qualité de la recherche scientifique, de la pratique clinique et de la formation.

Il parait utile ici, de faire un rapide point sur « ce que l'EM n'est pas ». Dans un article publié en 2009, Miller et Rollnick ont la volonté de lever des confusions.
Ils ont compilé une liste de 10 concepts, modèles, idées et procédures avec lesquels l'EM ne devrait pas être confondu :

- le modèle transthéorique de changement ;
- une manière de manipuler les gens pour qu'ils fassent ce qu'ils ne veulent pas faire ;
- une technique ;
- une balance décisionnelle ;
- une évaluation par retour d'information ;
- une forme de thérapie cognitivo-comportementale ;
- seulement une thérapie centrée sur le client ;
- facile à apprendre ;
- une pratique courante ;
- une panacée.

(Voir en annexe 4 la traduction française de l'article : « Ten things that motivational interviewing is not » [26]).

De même, la question des liens entre l'EM et les psychothérapies est régulièrement soulevée.
E. Languerand, psychologue et président de L'AFDEM de 2009 à 2013, disait de l'EM, lors de la journée des dix ans de l'association le 09/11/2013 : « *un style relationnel d'inspiration psychothérapeutique dont l'intention est thérapeutique et non psychothérapeutique ». « L'EM peut favoriser l'engagement dans une psychothérapie ».*

Si des études rigoureuses sur l'efficacité de l'EM "fidèle" demandent à être réalisées afin d'affiner ses champs et ses modes d'application, il reste que ce style de prise en charge mérite un intérêt tout particulier.
L'étude Miller et Rose (2009) a cherché à élaborer une théorie de l'efficacité de L'EM [27].
Elle retire deux éléments actifs spécifiques à l'EM :
1/une composante relationnelle, centrée sur l'empathie et l'esprit relationnel de l'EM.
2/une composante technique, axée sur l'évocation et le renforcement du discours-changement du client.
Elle décrit que l'efficacité de l'EM réside surtout dans ses effets sur le discours-changement avec cette explication logique:

- le changement de comportement est directement lié au discours-changement des clients et inversement lié au discours-maintien.
- l'utilisation efficace des techniques de l'EM augmente le discours-changement des clients et diminue le discours- maintien.

Cette approche est validée et même recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le domaine de l'éducation thérapeutique. « *L'entretien motivationnel est une façon d'être avec nos patients, particulièrement utile en médecine générale lorsqu'on veut aborder un changement de comportement influençant la santé (tabac, alcool, exercice physique, alimentation, prise de médicaments...). Il se base sur l'hypothèse que la plupart des patients qui arrivent en consultation ne sont pas nécessairement prêts à changer* ». « *L'entretien motivationnel est donc à la fois un esprit et une pratique de l'entretien, qui augmente, de façon bien démontrée, l'efficacité des pratiques de conseil, quelle que soit la nature du changement à opérer : modification d'une consommation, d'une prise de risque, observance thérapeutique, etc.* » [28].
(Voir le Mémo de l'HAS en annexe 3)

1-3-5 EM et manipulation ?

La conscience éthique est permanente dans les écrits des fondateurs. C'est pour répondre à la question « *quand n'est-il pas éthique d'utiliser l'EM ?* », qu'ils ont ajouté l'***altruisme*** comme composante de l'esprit.
« *C'est quand les intérêts supérieurs du client entrent potentiellement en conflit avec ceux de l'intervenant que l'EM peut devenir éthiquement problématique* ».
Et d'ailleurs ils écrivent dans leur dernier ouvrage qu'*« il n'y a pas de fondement pour une quelconque efficacité de l'EM tant que le changement n'est pas en accord avec les valeurs et les objectifs du client.* » [9].
Donc la pratique de l'EM ne peut pas pousser un sujet à agir contre ses valeurs et ses désirs. Si le changement intervient c'est par augmentation de la motivation intrinsèque du sujet à accomplir ce changement.

La pratique de l'EM est recommandée dans la prise en charge des patients nécessitant un changement de comportement, « *quelle que soit la nature du changement à opérer* » [28].
Qu'en est-il de la formation initiale en EM, des médecins généralistes en France ?

1-4 Formation initiale des médecins généralistes

On peut s'appuyer sur deux thèses au cours desquelles les auteures ont cherché à évaluer la place de l'EM en formation initiale des médecins généralistes.

Dans sa thèse soutenue à Caen en 2013, "Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel", le docteur Charlotte Alam Solty a interrogé des médecins généralistes ayant participé à une formation à l'EM dispensée par l'AFDEM. Aucun des 19 participants ayant répondu n'avait découvert l'EM par la faculté de médecine en formation initiale [29].

De même, dans sa thèse soutenue à Strasbourg en 2013, "Place des entretiens motivationnels dans les cabinets de médecine générale français en 2012", le docteur Annabelle Veit a interrogé les médecins généralistes français. Elle a obtenu 2110 réponses. Parmi les résultats on peut relever que 74.7% d'entre eux avaient déjà entendu parler de l'EM et que seuls 5.4% des participants avaient reçu une formation à l'EM à la faculté de médecine [30].

Dans ces deux études, on constate que très peu de médecins ont eu connaissance ou ont été formés à l'EM au cours de leur formation initiale.

Il faut tout de même noter l'année de fin de cursus initial pour ces deux populations : 49% avaient entre 46 et 55 ans lors de l'étude du docteur Solty ; seulement 16% de la population de l'étude du docteur Veit avait passé son doctorat entre 2004 et 2012.
On peut penser que des formations ont été développées ces dernières années. C'est le cas pour la faculté de médecine de Tours.

1-5 Formation proposée à la faculté de médecine de Tours

La formation proposée aux internes en médecine générale en 2013 avait pour base le séminaire « Initiation à l'entretien motivationnel » de 2011, fruit d'un partenariat entre la FRAPS (Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé) et la faculté de médecine.

Elle a été évaluée par la thèse de médecine générale du docteur Aurélie Egron, soutenue en juin 2012, Perception et opinion des médecins généralistes après une formation à l'entretien motivationnel dans le cadre de la promotion du dépistage des cancers [31].
Ce premier séminaire se composait de 2 journées espacées de 15 jours et était axé sur l'intérêt de l'EM dans le dépistage des cancers.
Parmi les résultats de ce travail, on peut citer :

- Les internes ont été intéressés par cette formation
- Ils n'ont pas trouvé un intérêt spécifique dans le cadre du dépistage du cancer
- Ils ont bien compris son intérêt dans l'éducation thérapeutique
- Ils ont souhaité y être formé plus largement: étendre systématiquement la formation
- Ils ont regretté que les 2 sessions soient si rapprochées ou souhaité une 3ème session

Partant de ces résultats et de cet engouement, la formation a donc été reconduite dès 2012. Elle a été remaniée par Mme Florence Da Silva, formatrice de ce séminaire depuis 2011 et aujourd'hui formatrice au sein de l'organisme de formation « Trajectoire santé ».

L'étude présentée ici est basée sur l'évaluation du séminaire de 2013.

1-6 Problématique/Question

L'intérêt de l'Entretien Motivationnel pour les patients est plutôt bien documenté. Nous avons eu la volonté d'axer ce travail sur son intérêt pour les internes en médecine générale.

Nous voulions répondre à la question :
Quel est l'impact d'une formation à l'Entretien Motivationnel sur les pratiques des internes en médecine générale ?

Pour clore cette introduction sur une touche humoristique, et avant de détailler l'étude réalisée, apprécions le dessin de Piem illustrant la relation médecin-patient :

Figure 6 : Illustration de Piem

Apprendre à collaborer pour éviter l'impasse relationnelle…et permettre que le patient décide de revenir vers le soignant et les soins…

2- L'ETUDE : OBJECTIF, MATERIEL ET METHODES

2-1 Objectifs

L'objectif de ce travail était d'évaluer si une formation à l'Entretien Motivationnel au cours de leur formation initiale pouvait améliorer la confiance, les compétences et les pratiques des internes de médecine générale.

2-2 Descriptif de l'étude

2-2-1 Schéma de l'étude

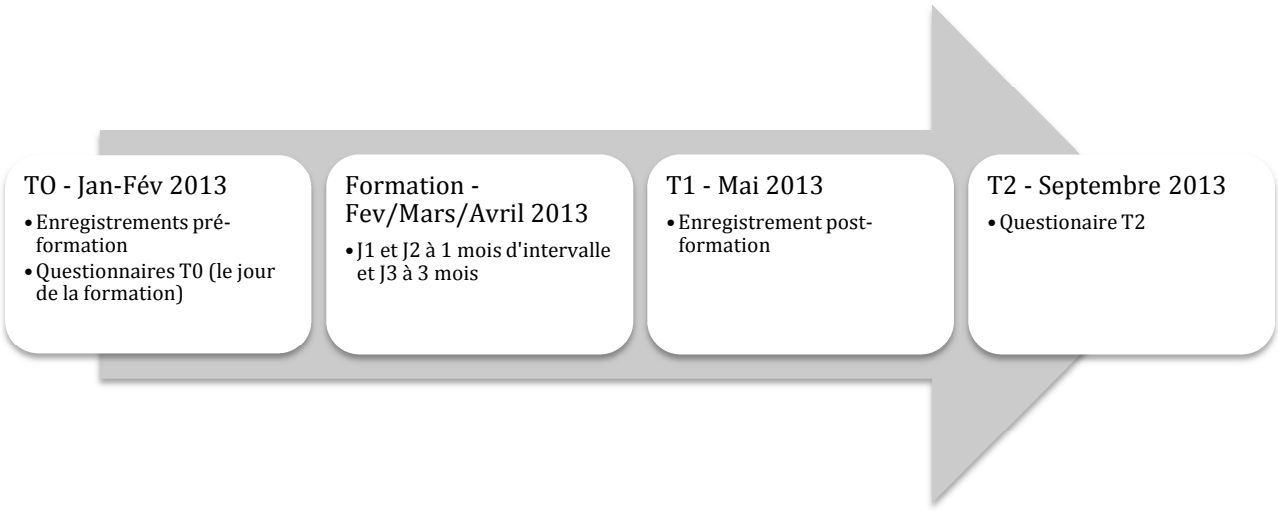
Nous avons réalisé une étude évaluative, « avant/après », sans groupe témoin.

Pour vérifier l'hypothèse que la formation améliore les compétences des participants, notre critère de jugement était le score MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity Code) que nous décrirons p. 34. Un entretien sous forme de jeu de rôle avec un patient standardisé*, avant et après la formation a été enregistré. Ainsi, le score pouvait être comparé avant/après et chaque participant étant son propre témoin.

Pour une compréhension plus globale de l'impact de cette formation, l'étude a été complétée par une étude qualitative par questionnaires auto-administrés composés de questions ouvertes et d'échelles visuelles, dans l'esprit de l'EM dans le but de recueillir les perceptions des participants, leur confiance dans leurs compétences, et leurs pratiques avant la formation et 3 mois après.

**un patient standardisé joue le rôle d'un patient et a une formation pour cela.*

Le protocole de l'étude est décrit *figure 7*.



T0 : temps 0 de l'étude
T1 : temps 1
T2 : temps 2

Figure 7 : Protocole de l'étude

2-2-2 Population étudiée

La population étudiée était les internes participant à la session 2013 de la formation : soit 23 internes en médecine générale, répartis en deux groupes* de 11 et 12 participants. Pour s'inscrire à la formation, ils devaient avoir réalisé leur stage ambulatoire de médecine générale de niveau 1 (ou être en niveau 1 lors de la formation).

**Pour plus d'interactivité la formation était délivrée par groupes (de 11 et de 12) : le contenu de la formation était le même pour les 2 groupes.*

2-2-3 Formation à l'Entretien Motivationnel proposée

Le séminaire de 2013 comportait trois journées : deux journées à un mois d'intervalle et une troisième à trois mois.
Les deux premières journées étaient consacrées à l'esprit de l'Entretien Motivationnel et à la manipulation des différents outils.
La troisième journée était essentiellement consacrée à des mises en situations réelles : des consultations sous forme de jeux de rôles.

Un résumé du déroulement de la formation est illustré par le *tableau 1.*
(Voir le contenu détaillé des journées de formations en annexe 5).

J1 : L'esprit et les outils de base
- L'état d'esprit de l'EM : éviter la persuasion - Les modèles de changement de comportement : HBM***** - Les modèles de changement de comportement : Prochaska - Etat d'esprit et outils de communication de l'EM - Expérimenter les questions ouvertes et les reflets
J2 : L'exploration et la résolution de l'ambivalence
- Analyse des expérimentations des participants en intersession - Explorer l'ambivalence : mise en situation - Le discours changement ; la divergence dans la résolution de l'ambivalence - Les valeurs - La divergence : mise en situation
J3 : La directivité
- Mise en situation de consultation : Le stade de non implication L'ambivalence Le plan d'engagement La rechute
Cette formation s'est voulue interactive sur les trois sessions avec un retour sur les apprentissages perçus des participants, leur possibilité d'intégrer ceux-ci dans leurs pratiques et leurs souhaits de formation complémentaire.

**Le Health Belief Model (HBM) ou modèle des croyances relatives à la santé*

Tableau 1: Formation proposée

2-2-4 Entretiens

Les participants ont été contactés dans un premier temps par mail pour convenir d'un rendez-vous afin de réaliser les entretiens par Skype ou par téléphone lorsque l'utilisation de Skype était impossible (problème de connexion internet). En l'absence de réponse, ils étaient contactés par téléphone.
Ainsi les entretiens pré-formation ont été réalisés du 19/12/2012 au 06/02/2013 selon les groupes, donc tous avant la formation. Les entretiens post-formation ont été réalisés du 17/05/2013 au 05/06/2013 selon les groupes.
(Voir courriel adressé aux internes en annexe 6)

Il s'agissait d'une étude par entretiens sous forme de jeux de rôle avec un patient « standardisé » portant sur une consultation type de médecine générale tirée au sort parmi trois cas, avant et après la formation. J'ai joué moi-même le patient à chaque consultation simulée. Les participants recevaient le cas par mail quelques minutes avant l'entretien.
Les trois cas cliniques étaient les suivants (voir annexe 7) :

- Une femme enceinte et tabagique
- Un homme ayant présenté un syndrome coronarien et tabagique
- Une femme diabétique qui n'applique pas les règles hygiéno-diététiques

J'ai utilisé le logiciel Audacity pour l'enregistrement audio des consultations. Les participants étaient prévenus que l'entretien pouvait durer jusqu'à 20 min selon l'évolution de la consultation simulée (que l'enregistrement serait interrompu à 20 min maximum).

Les enregistrements ont été anonymisés puis envoyés au docteur Dorothée Lecallier pour être cotés par le score MITI.

2-2-5 Codage

Le codage a été effectué par le docteur Dorothée Lecallier, formatrice en EM, présidente de l'AFDEM depuis 2013, Praticien Hospitalier, médecin addictologue, formée et avec une expérience de cette cotation. Pour chaque enregistrement, celle-ci ne savait pas s'il avait été réalisé avant ou après la formation.

2-2-6 Outil de mesure : MITI

Voulant vérifier l'hypothèse qu'une formation à l'EM pouvait améliorer les compétences d'intervention des internes en médecine générale, il était important d'utiliser un outil dont les qualités psychométriques étaient validées et reproductible, tel est le cas du score MITI.

La version française du MITI (2005) validée par l'équipe du CHUV de Lausanne est le seul outil de mesure traduit en français, disponible et reconnu pour ses propriétés psychométriques (Gaume 2009) [32, 33]. Par ailleurs, dans une étude de 2008, il a été démontré que la version 3.0 du MITI possède une meilleure consistance interne (reliability) que la version précédente (2.0) en raison particulièrement d'une meilleure sensibilité reliée aux domaines de l'empathie et de l'esprit de l'EM [34]. C'est sa dernière version (3.1), traduite en français qui a été utilisée pour coder les entretiens de cette étude.

Le MITI a un double intérêt : il permet de valider les formations pour la recherche clinique, mais est également utile en tant qu'outil d'évaluation des participants (feedback structuré et formel visant à améliorer la pratique ; supervision à distance des participants qui a été démontrée comme nécessaire dans les études pour maintenir les compétences acquises [35]).

Détaillons un peu ce score :

Il se compose de deux domaines d'évaluation. Le premier produit un score global sur cinq dimensions : évocation, collaboration, autonomie-soutien, direction et empathie. Le second rend un score pour chacun des comportements suivants: donner de l'information, questions, reflets, adhérence à l'EM, non-adhérence à l'EM. (Voir annexe 8).

Pour obtenir un score global, le codeur doit apprécier l'ensemble de l'interaction en codant certaines de ses caractéristiques sur une échelle de Likert à 5 unités (dont le point central est le 3 à partir duquel le codeur doit se positionner pour attribuer un score). Ces scores permettent de saisir l'impression globale ou l'évaluation générale à propos d'une dimension, parfois appelée la « gestalt ». Dans le MITI 3.0 (et 3.1), le score global de l'esprit a été divisé en trois scores globaux : évocation, collaboration et autonomie/soutien. Une moyenne des scores d'évocation, de collaboration et d'autonomie/soutien donnera donc le score global d'esprit.

Les scores des comportements doivent indiquer le décompte des comportements (par exemple, le nombre de questions ouvertes ou de reflets complexes et ainsi de suite). Cinq scores composites du MITI sont par la suite attribués à chacun des participants.

Ci-dessous, dans le *tableau 2*, figurent les compétences et seuils de compétences recommandés pour les cliniciens, basés sur le système de codage MITI. Ces seuils sont basés sur l'opinion d'experts (l'expérience de ses fondateurs) [36].

Indice	Compétence de base	Maîtrise
Scores globaux esprit	Moyenne ≥ 3,5	Moyenne ≥ 4
Rapport Reflets / Questions (R/Q)	≥1	≥2
Pourcentage de Questions Ouvertes (%QO)	≥50%	≥70%
Pourcentage de Reflets Complexes (%RC)	≥40%	≥50%
Pourcentage Adhérence à l'EM (% Adh-EM)	≥90%	≥98%

Tableau 2: Seuils de compétence basés sur le MITI

2-2-7 Questionnaires

Le questionnaire T0, « avant », (renseigné le premier jour de la formation avant qu'elle ne débute) avait pour but de recueillir les données sociodémographiques et potentiellement modératrices sur les résultats MITI (sexe, semestres validés, stages effectués, formations antérieures), et les pratiques rapportées dans le domaine de la prise en charge des comportements à risque en santé, ainsi que la confiance, l'importance et la disposition à y intégrer l'EM.
Le questionnaire T2, « après », (réalisé avec Google documents et envoyé par mail), renseigné par internet à 3 mois de la fin de la formation, comportait les mêmes questions et d'autres concernant leurs pratiques depuis la formation et l'intégration ou non de l'EM dans celles-ci. Il recueillait aussi leurs avis sur la formation.
(Voir questionnaires T0 et T2 annexes 9 et 10)

2-3 Méthode statistique

Pour l'exploitation des données, nous avons sollicité l'aide de M. Christophe Gaborit, statisticien au Service d'Information Médicale d'Epidémiologie et d'Economie de la Santé (SIMEES) du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Tours.

Scores MITI : analyse des données quantitatives

Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne. Les tests de différence de moyennes portaient sur des échantillons appariés. Du fait du faible effectif des échantillons (n=<17 < 30), et d'une distribution non assimilable à une loi normale, le test de Student a été écarté. De plus, la variable analysée bien que quantitative, ne prenait que 3 ou 4 valeurs distinctes présentant ainsi de multiples doublons. La méthode alternative usuelle (test des rangs signés de Wilcoxon), en raison de sa sensibilité aux doublons a également été écartée.
Les statistiques ont donc été mises en œuvre avec des méthodes bootstrap. Notamment, les intervalles de confiances ont été calculés avec la méthode BCA (bias corrected and accelerated).

Questionnaires : analyse des données qualitatives

Pour traiter ces variables qualitatives, en essayant de conserver au mieux les valeurs d'homogénéité, d'exhaustivité, d'exclusivité, d'objectivité et de pertinence [37], nous avons réalisé un codage ouvert et inductif avec pour unité de codage l'unité sémantique. Le but était d'isoler les « idées clés ». Pour plus de cohérence et de fiabilité, le codage a été réalisé par 2 intervenants.
Nous avons utilisé une méthode qualitative.
-La première phase a été la lecture de toutes les réponses aux questions ouvertes à plusieurs reprises pour s'imprégner des données.
-Ensuite le codage avec analyse empirique : chaque idée a été répertoriée puis regroupée en grands thèmes.
-Puis l'interprétation : nous avons dégagé des enseignements qui pouvaient en être tirés.
Des exemples issus des réponses des participants ont été sélectionnés pour illustrer chaque thème.

Intéressons-nous maintenant aux principaux résultats de l'étude.

3- RESULTATS

3-1 Description de la population de l'étude

La population étudiée était constituée de 17 femmes et de 6 hommes. Il s'agissait d'internes en médecine générale ayant tous réalisé leur stage ambulatoire de médecine générale de niveau 1 ou en cours de stage de niveau 1* pendant la formation (c'était le cas pour 9 internes sur les 23). Parmi les 23 internes, 10 ont réalisé un stage de niveau 2* (tous au cours de la formation).

**Le stage de niveau 1 débute avec une phase d'observation puis de supervision directe (le maître de stage est présent en consultation avec l'étudiant), enfin s'achève sur une phase de supervision indirecte (l'étudiant est seul en consultation et reçoit une supervision différée).*
Le stage de niveau 2 se déroule en autonomie, sous la supervision indirecte du maître de stage.

Concernant leur cursus de médecine générale:
- 1 interne avait validé ses 6 semestres,
- 15 internes avaient validé 4 semestres (étaient donc en 5ème semestre),
- 7 internes avaient validé 2 semestres (étaient donc en 3ème semestre).

Concernant leur formation antérieure en communication, 9 internes ont répondu avoir eu une formation :
- pour 6 d'entre eux, il s'agissait d'un atelier sur « savoir dire non » proposé lors des journées de septembre,
- pour les 3 autres, il s'agissait de notions intégrées dans des séminaires universitaires ou de formation médicale continue (diabète par exemple), mais aucune formation spécifique.

Concernant leur formation antérieure en EM, 5 internes ont répondu avoir eu une formation à l'EM ; là encore, aucune formation spécifique mais des notions abordées dans d'autres formations.

Tous les internes ont eu une activité de consultation pendant la formation (donnée disponible pour 18 internes ; ceux ayant renseigné le questionnaire T2).

17 internes ont participé aux entretiens avec enregistrement d'une consultation simulée avant et après la formation. Tous les internes (les 23) ont renseigné le questionnaire T0 ; 18 internes ont renseigné le questionnaire T2. (Voir ci-dessous le *tableau 3* : Participants au cours de l'étude).

T0	17* participants/23	Enregistrements préformations
	23 participants/23	Questionnaire T0 (le jour de la formation)
Formation	23 participants/23	J1 et J2 à 1 mois d'intervalle et J3 à 3 mois
T1	17* participants/23	Enregistrements post-formation
T2	18 participants/23	Questionnaire T2

**Les 17 participants aux entretiens pré formation sont les mêmes que les participants aux entretiens post.*

Tableau 3 : Participants au cours de l'étude

3-2 Scores MITI

3-2-1 Evolution des scores globaux et de comportements après la formation

Ces données, présentées dans le *tableau 4*, sont disponibles pour 17 internes.
(Ceux ayant participé aux entretiens avant/après)

Indicateur	Moyenne des scores « avant »	Moyenne des scores « après »	Evolution de moyenne des scores	Intervalle de Confiance IC [95%]	Test moyenne Boot-strap
Scores globaux					
Moyenne - Esprit Global	1.92	3.61	**+1.69**	[1.31 ; 2.04]	NA
Evocation	1.82	3.71	+1.88	[1.41 ; 2.18]	NA
Collaboration	1.88	3.53	+1.65	[1.18 ; 2.00]	NA
Autonomie-soutien	2.06	3.59	+1.53	[1.00 ; 1.94]	NA
Direction	4.88	4.53	**-0.35**	[-0.76 ; -0.12]	3.42E-02
Empathie	1.41	3.12	**+1.65**	[1.24 ; 1.94]	NA
Comportements					
Informer	8.41	5.06	-3.41	[-6.71 ; -0.29]	3.71E-02
Adhésion à l'EM	0.88	4.59	+3.71	[2.82 ; 4.59]	NA
Non adhésion à l'EM	9.71	2.12	-7.59	[-10.18 ; -5.59]	NA
Proportion adhésion/ non adhésion	11.78	68.92	**+0.57**	[0.46 ; 0.68]	NA
Questions fermées	14.24	9.53	-4.71	[-7.76 ; -1.65]	2.28E-03
Questions ouvertes	6.24	11.18	+4.94	[2.53 ; 7.41]	5.38E-05
Proportion questions ouvertes/fermées	29.35	54.76	**+0.25**	[0.18 ; 0.34]	NA
Reflets simples	1.82	7.41	+5.59	[4.53 ; 6.59]	NA
Reflets complexes	1.00	4.12	+3.12	[1.71 ; 4.65]	NA
Proportion reflets complexes/simples	35.70	29.89	**-0.06**	[-0.29 ; 0.11]	5.28E-01
Proportion reflets/questions	0.14	0.62	**+0.48**	[0.33 ; 0.62]	NA

Lorsque l'Intervalle de Confiance (IC) exclut la valeur zéro, le test est statistiquement significatif ($p<0.05$)

Tableau 4: Résultats MITI 3

Tous les scores globaux et de comportements ont vu une évolution statistiquement significative sauf le score composite proportion de reflets complexes sur reflets simples.
Et pour tous les indicateurs interprétables, l'évolution était celle d'une amélioration sauf pour le score de direction qui a décru.

Reprenons le tableau des seuils de compétences selon les experts (*tableau 2* p.34 ci-dessus).
La *Figure 8* compare nos résultats aux compétences de base recommandées.
Le détail des scores par participant est disponible en annexe 11.

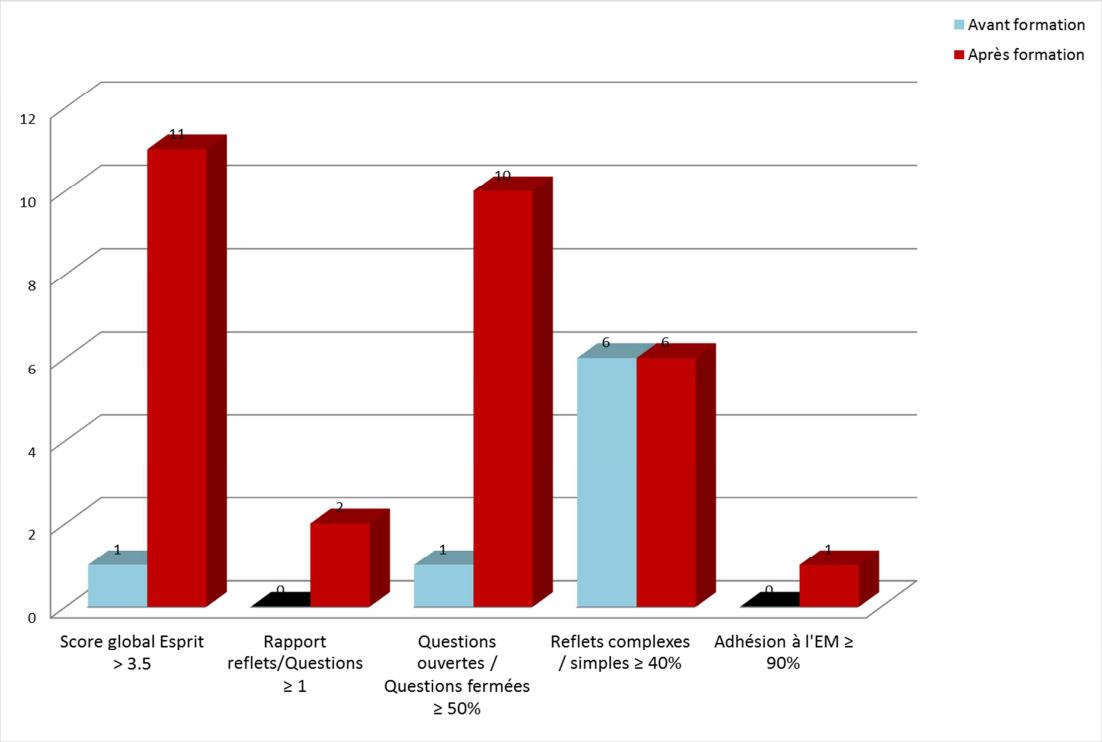


Figure 8 : Analyse descriptive avant/après du nombre d'étudiants atteignant les seuils de compétences recommandés

3-2-2 Influence des variables médiatrices

Nous voulions évaluer l'influence des variables médiatrices (sexe, nombre de semestres validés, stages réalisés, formation antérieure en communication) sur les résultats des scores MITI. Mais nous n'avons pas trouvé de test statistique adéquat et les résultats auraient été inexploitables étant donné le faible effectif des groupes modérateurs.

3-3 Stratégies utilisées par les internes pour prendre en charge les patients ayant des comportements à risque avant/après

Les 23 participants ont répondu à cette question avant la formation et 18 après celle-ci. Dans le *tableau 5*, figurent donc les réponses « avant » (T0) et « après » (T2) pour cette question.

Les données des *tableaux de 7 à 11* proviennent du recueil des questionnaires T2.

Il faut noter que, pour tous les tableaux présentés, les idées sont présentées par ordre croissant de fréquence avec le nombre de participants ayant émis l'idée en question entre parenthèses.
(Voir en annexe 12 le verbatim complet des questionnaires)

Questions	Idées	Citations
Quelles stratégies utilisez-vous dans la prise en charge des comportements à risque en santé ? T0	1-Information (selon les connaissances, sans juger, sans moraliser) (14/23) 2-Répétition dans le temps des conseils (7/23) 3-Evaluation de la motivation (5/23) 4-Responsabilisation/décision partagée (4/23) 5-Pas de stratégie (2/23) 6-Instauration d'une relation médecin patient (1/23)	"explications médicales" "information en fonction des connaissances" "répéter les conseils" "évaluation rapprochée" "responsabiliser"
Quelles stratégies utilisez-vous dans la prise en charge des comportements à risque en santé ? T2	1- Explorer le stade où en est le patient et le laisser évoluer à son rythme en guidant plutôt qu'en étant directif (10/18) 2- Utiliser des outils : questions ouvertes, reformulation, écoute (8/18) 3- Etre centré patient (sa démarche, ses solutions) (6/18) 4- Sensibilisation aux informations biomédicales (1/18)	"voir à quel stade il en est, travailler sur l'ambivalence, le faire sans à priori et sans donner son avis mais plutôt centré sur le patient et ses croyances" "amener le patient à trouver ses propres réponses" "écoute++ avec reformulation pour être sûr d'avoir compris, questions ouvertes"

Tableau 5: Stratégies des participants avant/après la formation

Avant la formation, la principale stratégie citée était de donner des conseils et des informations et de les répéter dans le temps. Après la formation en EM, les internes ont cité les outils de l'EM et une approche centrée patient.

3-4 Importance/confiance/disposition à intégrer l'EM dans leur pratique avant/après

Les données étaient disponibles pour 23 internes avant la formation (questionnaire T0) et pour 18 internes après (questionnaire T2).
(Voir annexe 13 : Tableau des résultats des échelles)

Avant comme après la formation, pour la majorité des internes, il était important d'intégrer l'EM dans leur pratique. Ils se déclaraient également confiants dans le fait d'y parvenir et enfin, ils comptaient l'intégrer (*figure 9* ci-dessous).

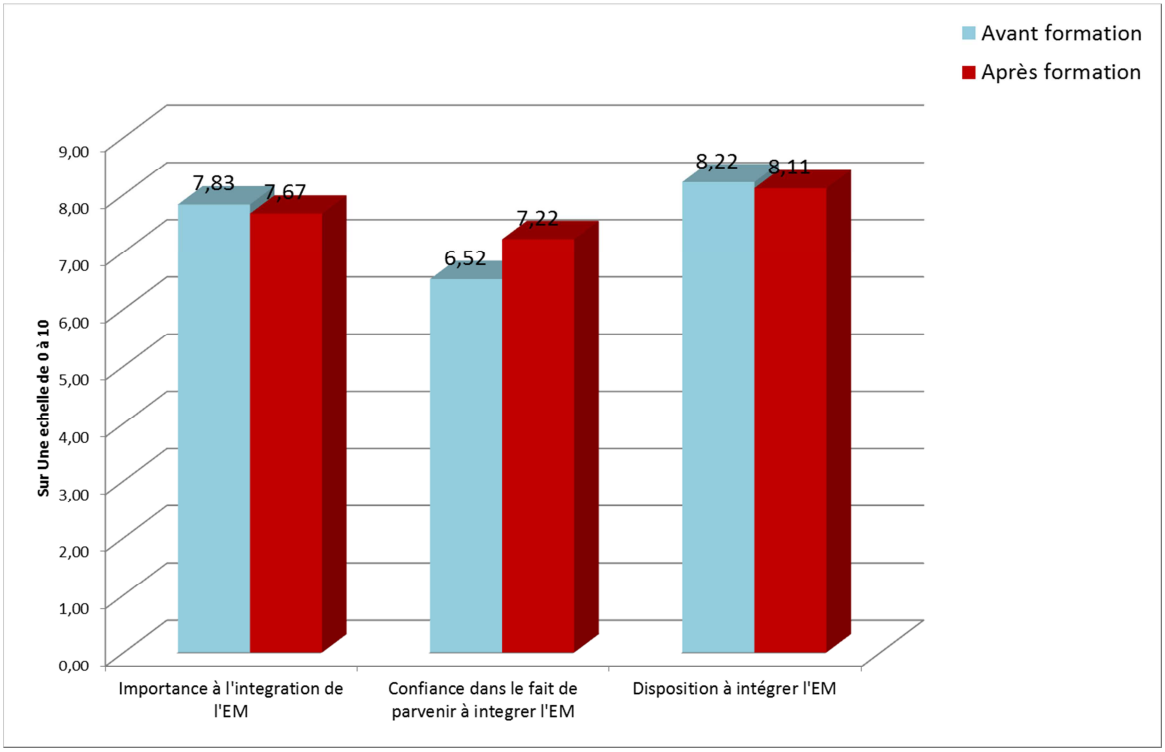


Figure 9: Analyse descriptive avant/après des réponses des internes aux questions concernant l'importance, la confiance et la disposition à intégrer l'EM dans leur pratique (échelles visuelles de 0 à 10 des questionnaires T0 et T2).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les scores donnés par les internes avant et après la formation, comme le montre le *tableau 6* décrivant l'évolution de la moyenne des scores (pour les 18 internes pour lesquels les données étaient disponibles).

Echelle	Nombre d'observations	Evolution de moyenne	Intervalle de Confiance IC 95%	Test Bootstrap	Test Wilcoxon
importance	18	-0.22	[-1.11 ; 0.39]	5.58E-01	6.20E-01
confiance	18	+0.39	[-0.39 ; 0.94]	2.51E-01	2.57E-01
disposition	18	-0.28	[-1.11 ; 0.28]	3.89E-01	6.32E-01

Tableau 6: Evolution des moyennes des scores des échelles : importance, confiance, disposition des internes à intégrer l'EM dans leur pratique

3-5 Utilisation de l’EM

3-5-1 Domaines d’utilisation, facilités, difficultés

Les résultats sont présentés dans les *tableaux 7 et 8* :

Questions	Idées	Citations
Avez-vous utilisé l’EM ? Si non, pourquoi ?	OUI 17/18 NON 1/18	"pas eu l’occasion"
Dans votre pratique qu'est ce qui a été facile à mettre en œuvre ?	1- Utiliser les outils suivants : questions ouvertes, reflets simples (14/18) 2- Explorer l’ambivalence (4/18)	"reformulations, valorisation, questions ouvertes" "savoir où en est le patient"
Dans votre pratique qu'est-ce qui a été difficile à mettre en œuvre ?	1- Diriger (9/18) a) Ne pas diriger : laisser le patient parler et trouver ses solutions, apprendre à déléguer au patient sa santé b) Etre directif dans l’objectif 2- Identifier le stade où en est le patient dans le processus de changement (5/18) 3- Gérer le temps (entretiens longs, ne pas aller trop vite, suivi) (4/18)	"laisser parler les patients" "la recherche de l'expression par le patient lui-même des réponses" "absence de directivité" "pas de suivi dans mon activité" "un entretien plus approfondis avec mise en œuvre de stratégies qui prennent plus de temps"

Tableau 7: Utilisation de l’EM : facilités et difficultés

Les internes ont massivement utilisé l’EM sauf un qui n’en aurait « pas eu l’occasion ».
Ils ont facilement mis en œuvre certains outils, particulièrement les questions ouvertes et reflets simples. Ils ont également souvent exploré l’ambivalence des patients.
Identifier le stade où en est le patient a été difficile pour certains. La gestion du temps lors de la pratique de l’EM a également posé problème à certains : entretiens jugés plus long.
La difficulté rapportée par le plus grand nombre des participants était la directivité de l’entretien : ils ont été mis en difficulté par le fait de ne pas être directif dans les solutions mais également avec le fait de garder le cap de l’entretien (garder la directivité dans l’objectif vers le changement).

Questions	Idées	Citations
Dans quels domaines trouvez-vous l'EM utile ?	1-Maladies chroniques/ETP (13/18) 2- Addictions (tabac, alcool surtout cités) (13/18) 3- Nutrition/perte de poids (8/18) 4- Psychiatrie (anxio-dépression) (7/18) 5- Changement de comportement nécessaire (5/18) 6- Observance des traitements (4/18) 7-Tous (3/18)	"pour accompagner les patients dans un changement de comportement" "ce n'est pas vraiment l'entretien motivationnel en tant que tel mais les outils qui me semblent utiles, l'entretien motivationnel n'est pas une fin en soi mais doit être intégré aux soins" "à mon sens c'est un prérequis pour toute consultation de médecine générale" "tout"
Dans quels domaines trouvez-vous l'EM inutile ?	1-Pathologies aigues, urgences (8/18) 2- Aucun (7/18) 3- Patient en déni, non impliqué (2/18) 4- Changement de comportement non nécessaire (2/18) 5-Pédiatrie (1/08)	"aucun, on ne peut peut-être pas utiliser tous les outils de l'EM mais certains éléments sont utiles dans toute situation" "encore que l'écoute active n'est pas une mauvaise chose" "l'EM n'est pas une fin en soi mais doit être intégré aux soins" "patient non impliqué, maladies aigues"

Tableau 8 : Utilisation de l'EM : domaines utiles/inutiles

Les domaines massivement cités comme étant propices à l'EM étaient le suivi des maladies chroniques, l'Education thérapeutique (ETP), la prise en charge des addictions ; tout domaine où un changement de comportement est jugé nécessaire. Certains ont répondu que l'EM était utile à toute consultation, en particulier son esprit d'écoute active du patient. La prise en charge des patients avec un syndrome anxio-dépressif a été citée plusieurs fois.
Les domaines où l'EM a été cité inutile étaient l'urgence et l'aigu. Un interne a cité la pédiatrie.

3-5-2 Impact sur la qualité relationnelle des entretiens

Les résultats sont présentés dans le *tableau 9* :

Questions	Idées	Citations
Avez-vous noté un changement dans la qualité relationnelle de vos entretiens ? Si oui lequel ?	OUI 11/18 1- Ecoute/compréhension (6/18) 2- Satisfaction des patients (5/18) 3- Climat apaisé/moins de résistance (3/18) NON 6/18 1- Pas assez de pratique de l'EM (3/18) 2- Pas de suivi des patients (1/18)	"oui, je me sens plus dans la communication, dans l'écoute, centrée sur le patient et sur ses attentes, ses difficultés, j'ai le sentiment que le patient se sent plus compris et écouté" "non mais je ne l'utilise surement pas assez, en plus en SASPAS* je revois rarement les patients" "oui discours sans animosité de part et d'autre" "les patients repartent plus souvent avec des remerciements"

**SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (niveau 2)*

Tableau 9: Utilisation de l'EM : impact sur la qualité relationnelle

La plupart des internes ont noté un changement dans la relation médecin-patient. En particulier, ils ont rapporté une meilleure compétence d'écoute, moins de tensions, et une satisfaction des patients plus souvent déclarée.
Ceux qui n'ont pas ressenti de changement ont avancé pour raisons le manque de pratique suffisante de l'EM et l'absence de suivi des patients lié à leur qualité d'interne en stage.

3-6 Confiance des participants dans leurs compétences à prendre en charge les patients aux comportements à risque en santé

3-6-1 Evolution de la confiance des participants

Tous les internes ont rapporté une augmentation de leur confiance dans leurs compétences (*figure 10*). (Voir annexe 13 : Tableau des résultats des échelles)

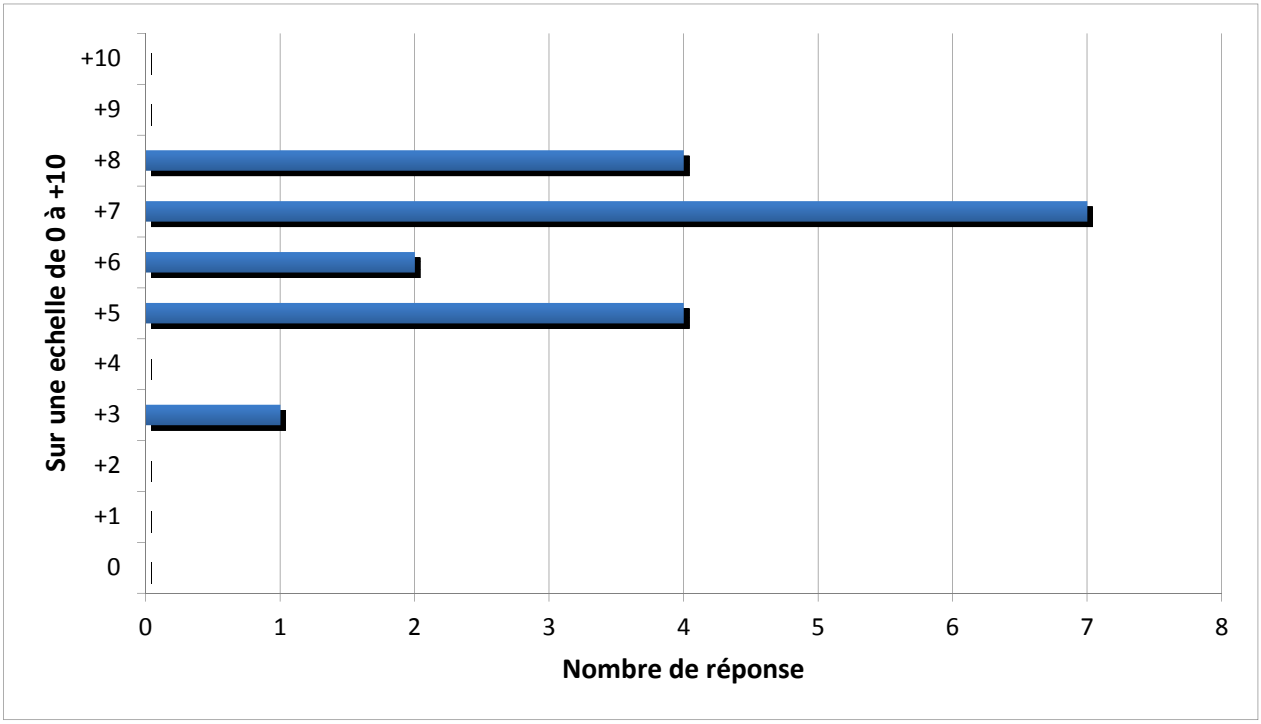


Figure 10: Analyse descriptive des réponses à la question concernant l'évolution de leur confiance en leurs compétences dans la prise en charge des patients aux comportements à risque en santé (échelle visuelle de 0 à 10 du questionnaire T2)

3-6-2 Besoins ressentis des participants pour augmenter leur confiance

Les résultats sont présentés dans le *tableau 10* :

Questions	Idées	Citations
Que vous faudrait-il pour ajouter +2 au chiffre mentionné ci-dessus ? (réponse chiffrée entre 0et 10 sur échelle de confiance en leur compétence dans la prise en charge des patients aux comportements à risque en santé)	1- Expérience/pratique (11/18) 2- Formation (5/18) 3- Suivi des patients (4/18) 4- Temps avec les patients (2/18)	"la pratique et un retour sur ma pratique" "de l'expérience et du recul vis-à-vis de ce que je viens d'apprendre" "continuer les formations" "être plus à l'aise, avoir du temps"

Tableau 10 : Besoins ressentis des participants pour augmenter leur confiance

Pour augmenter encore leur confiance dans leur compétence à prendre en charge des patients nécessitant un changement de comportement, les internes ont déclaré avoir besoin de plus d'expérience en médecine générale, de plus de pratique de l'EM, de plus de formations. Selon certains, leur qualité d'interne en stage était un frein car ils n'avaient pas de suivi suffisant des patients. Ils pensaient donc avoir besoin de suivre une patientèle régulièrement. Enfin, certains estimaient avoir besoin de plus de temps en consultation avec chaque patient.

3-7 Suggestions pour améliorer la formation

Les résultats sont présentés dans le *tableau 11* :

Questions	Idées	Citations
Avez-vous des suggestions sur d'éventuelles améliorations à apporter à la formation qui vous a été proposée ? Si oui lesquelles ?	OUI 5/18 1- Faire la formation pendant le stage ambulatoire voire en niveau 1 avec réactualisation en niveau 2 (3/18) 2- Nouvelle session à distance, réunir le groupe (3/18) NON 13/18	"la mise en place de groupe de parole pour continuer à en parler et à s'améliorer" "exercices avec évaluation et cotation d'une consultation" "proposer cette formation à tous les internes"

Tableau 11: Suggestions des participants pour améliorer la formation

Plusieurs ont signalé à l'occasion de cette question qu'il faudrait la proposer à tous les internes.
Les suggestions d'amélioration étaient de proposer la formation lors du stage de niveau 1 de médecine générale et de réaliser une nouvelle session avec réactualisation et évaluation des compétences, notamment en niveau 2. Il a été suggéré que le groupe se réunisse pour échanger sur ses pratiques de l'EM.

4- **DISCUSSION**

L'objectif était d'évaluer si une formation à l'Entretien Motivationnel au cours de leur formation initiale pouvait améliorer la confiance, les compétences et les pratiques des internes de médecine générale.
Pour notre étude et son échantillon, la formation proposée semble avoir amélioré :

- leurs compétences selon le MITI, outil d'évaluation validé.
- leur confiance dans leurs compétences pour prendre en charges les patients confrontés à un changement difficile à effectuer ou à des comportements à risque en santé.
- et leurs pratiques puisqu'ils déclaraient y avoir intégré l'EM et vouloir approfondir leur formation.

Nous discuterons de la méthodologie de l'étude. Puis nous ferons des hypothèses pour expliquer nos résultats, et les confronterons aux données de la littérature. Enfin nous ferons quelques propositions pour l'avenir.

4-1 Méthodologie

4-1-1 Population étudiée

Nous devons commencer par signaler la principale limite de notre étude : son faible effectif. Toute extrapolation de nos résultats devra être prudente.

Pour apprécier un éventuel *biais de recrutement* des participants, il faut expliquer les modalités d'inscription aux séminaires proposés aux internes de médecine générale de la faculté de Tours. Ils se sont inscrits par internet. Le nombre de places étant limité à 23, ce sont les premiers inscrits qui ont été sélectionnés. La formation était optionnelle mais donnait droit à des crédits heures de formation*. On peut donc supposer qu'il s'agissait d'internes intéressés par l'EM (comme pourraient le suggérer nos résultats aux échelles d'importance à intégrer l'EM dans leur pratique), mais pas seulement. Lors de l'évaluation de 2011 [31], à la question portant sur leurs motivations à participer à la formation, les internes avaient, pour la grande majorité, déclaré ne pas connaître le sujet et être venu par curiosité ou pour les crédits heures. D'autres avaient rencontré des difficultés relationnelles dans leurs consultations et pensaient que la formation pourrait les aider. D'ailleurs lorsque l'on regarde les réponses des participants de notre étude aux questions se rapportant aux formations antérieures en communication, et plus particulièrement en EM, on peut considérer qu'ils n'en avaient pas eu.
Donc, notre échantillon était composé d'internes de médecine générale de la faculté de Tours ayant réalisé leur stage de niveau 1 en médecine générale et, volontaires pour s'inscrire à cette formation.

De même, au sein de la population étudiée, il faut envisager un *biais de sélection*. Mais, pour la partie qualitative, nous avons pu noter une récurrence des idées émises malgré ce faible échantillon et les données sont disponibles pour 18 des 23 internes. Pour la partie quantitative, elles sont disponibles pour 17 des 23.
L'ensemble de nos résultats est cohérent avec l'évaluation de 2011, celle-ci pratiquée à 6 mois et par entretiens téléphoniques semi-directifs, ce qui est rassurant pour notre analyse.

**chaque interne doit valider 200 heures de formation (séminaire, revue médicale, FMC…) sur les 3 ans d'internat pour valider son DES.*

4-1-2 Déroulement et contenu de la formation

La formation proposée a été élaborée par une formatrice expérimentée pour animer des formations et expérimentée en EM (ayant reçu une formation de l'AFDEM).

Elle avait été évaluée en 2011 [31] et donc déjà « améliorée » selon les remarques, et suggestions des internes pour être la plus adaptée à leurs besoins. C'est à la demande des internes que le format était passé de 2 à 3 jours avec une 3ème journée espacée dans le temps afin d'avoir le temps de mettre en pratique l'EM et de pouvoir échanger ensuite, autour des expériences de chacun.

Enfin Madame Florence Da Silva, qui anime cette formation depuis ses débuts, s'appuie sur l'AFDEM pour la faire évoluer au rythme des réflexions et mises au point de ses fondateurs.

4-1-3 Limites et intérêts de la méthodologie d'évaluation

Evaluation des compétences par comparaison avant/après d'un codage MITI 3.1 de consultations simulées

Concernant le schéma de l'étude

Chaque participant était son propre témoin. Le schéma « avant/après » impose une prudence quant à notre interprétation des résultats.
En 2007, L'HAS a publié un guide méthodologique sur les « Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques » [38] : personne ne discute aujourd'hui que l'essai contrôlé randomisé constitue la référence pour évaluer l'efficacité d'un nouveau médicament. Il en est aujourd'hui de même pour toute intervention sur la santé. L'étude « avant/après » ne permet que de montrer que la qualité des soins s'améliore, sans pouvoir déterminer quelle en est la raison. En effet, les difficultés d'interprétation de ces études proviennent d'une possible variation spontanée des indicateurs qui se serait produite même en l'absence de l'intervention. Un groupe contrôle aurait limité cela : un groupe comparable que n'aurait pas reçu la formation à l'EM et pour lequel nous aurions coté des entretiens aux mêmes temps de l'étude (T0 et T1).

Pour plus de faisabilité, nous avons choisi de coter des entretiens à partir de consultations simulées avec un patient standardisé. Une consultation avec un vrai patient (un patient formateur* ou une consultation réelle), aurait été plus représentative des compétences réelles des participants. Cependant les patients formateurs ne sont pas répandus en France et l'enregistrement de consultations réelles auraient nécessité le recueil du consentement des patients et aurait pu décourager les internes à participer à l'étude.

Enfin, il faut noter les limites d'une évaluation à court terme. Une bonne assimilation immédiate est encourageante mais ne préjuge pas du maintien des compétences acquises et de leur réelle application en pratique. Mais il est déjà prouvé que les acquisitions d'une formation de base doivent être entretenues par d'autres formations pour que les pratiques soient durablement modifiées. Et, une évaluation à moyen ou long terme nous exposait à un biais de suivi par augmentation des perdus de vue.

**un patient formateur est un « vrai malade » qui est formé aux jeux de rôles et participe à la formation des étudiants*

Concernant le déroulement des entretiens

J'ai moi-même joué le rôle du patient « standardisé ». Le fait que je sois interne a pu influencer ma façon de jouer. Pour limiter cela, j'avais reçu des instructions de la part du docteur Lecallier, elle-même rompue à cet exercice, et j'avais réalisé un entretien test qui lui avait été soumis et qu'elle avait jugé satisfaisant.

Aucun problème technique majeur n'a été constaté pendant l'envoi des cas cliniques ou l'enregistrement des entretiens.

Concernant le choix du critère de jugement

Pour évaluer l'impact de la formation sur les compétences des internes, nous avons sélectionné le MITI qui est l'outil validé et utilisé dans les études recherchant à évaluer l'intervenant. [39, 40]. C'est d'ailleurs l'outil choisi par les fondateurs pour décrire les seuils de compétence à atteindre en EM [28].

D'après la littérature, les deux méthodes principales d'évaluations des compétences de l'intervenant en EM sont le codage MITI et le codage VASE (Video Assessment of Simulated Encounters). Le 1er MITI date de 1997. Le 1er VASE date de 2005.
Le VASE repose sur l'évaluation de réactions des intervenants à des vidéos de consultations simulées avec un toxicomane. Ce sont leurs réponses écrites qui sont cotées [41].

D'autres outils ont été élaborés pour évaluer le client ou l'interaction entre client et intervenant, respectivement le MISC (Motivational Interviewing Skill Code) et le MI-SCOPE (Motivational Interviewing Sequantial Code for Observing Process Exchanges) [42].
Le discours-changement du client est un indicateur des compétences en EM de l'intervenant comme ses réactions à ce discours. Ces méthodes d'évaluation, de mise en œuvre plus complexe que le MITI, auraient été très riches et plus globales mais lourdes et les codeurs formés sont rares.

Les autres méthodes utilisées dans les études sont des évaluations indirectes par déclarations des participants sur leurs pratiques et leur confiance dans leurs compétences, ou par des questionnaires évaluant leurs connaissances théoriques de l'EM.

Le MITI est le score validé pour évaluer les compétences de l'intervenant dans sa pratique de l'EM. Donc c'est un critère de jugement pertinent pour l'évaluation de l'évolution des compétences des internes de médecine générale de notre étude.

Le critère le plus pertinent pour évaluer l'impact d'une formation semble être son retentissement sur le patient : quel a été l'impact de la formation en EM des internes sur les comportements des patients qu'ils ont pris en charge après cette formation (comparativement à ceux pris en charge avant celle-ci) ? Mais encore une fois, l'EM a déjà prouvé son efficacité. Ce que nous voulions évaluer ici, c'est les pratiques des internes et si la formation proposée leur permettait d'intégrer l'EM dans leur pratique. Dans le guide méthodologique de 2007 [38], l'HAS précise d'ailleurs qu'il est en général plus pertinent (et plus simple) d'évaluer les procédures de soins que les résultats.
Il y est cité l'exemple de la prescription de l'aspirine et des bétabloquants en post infarctus : il est plus simple et pertinent l'évaluer les prescriptions de ces traitements après l'intervention (ici la parution de recommandations), que le taux de mortalité car l'intérêt de ces traitements en post infarctus est déjà établi pas des études de haut niveau de preuve scientifique et parce que ce sont les pratiques professionnelles que l'on cherche à évaluer.

Concernant le codage

Il a été effectué en aveugle puisque la codeuse ne savait pas si les enregistrements portaient sur les consultations simulées « avant » ou « après ». Un double codage aurait limité un *biais de mesure* mais n'a pas pu être réalisé dans notre étude. En effet l'acquisition du codage MITI nécessite une formation et une expérience encore peu répandues.

Evaluation des pratiques des internes, de leur confiance dans leurs compétences et recueil de leurs avis sur la formation, par questionnaires

Les questionnaires ont été diffusés lors de la première journée de formation (T0) ou par internet (T2). Malgré le recueil d'un verbatim pertinent, un entretien « en direct » aurait permis, des relances, et le recueil de toute l'information non verbale. Les relances auraient sans doute amené plus de profondeur à la réflexion.

Avec une enquête de ce type, on peut se poser la question de l'existence d'un *biais de désirabilité sociale*. Mais ce biais est moindre avec un recueil par questionnaires qu'avec des entretiens, et les questionnaires étaient anonymisés.
Un biais de *courtoisie* est également envisageable. Les internes auraient pu vouloir faire plaisir à la formatrice et à l'enquêteur, en répondant aux questionnaires (l'enquêteur connaissait personnellement certains internes).
L'évaluation a été effectuée à 3 mois. Même s'il ne s'agit pas d'une évaluation à long terme, on peut supposer qu'on s'éloigne du risque de *biais* lié à une certaine *euphorie* qui peut régner directement après une formation [43].
Enfin, un biais *d'attribution causale* peut être mis en évidence, c'est-à-dire que le professionnel s'attribue le changement du patient.

Ensuite, concernant l'analyse, les *biais d'analyse* et *d'interprétation* sont à envisager.
Nous avons tenté de les limiter en pratiquant une double analyse et nos résultats sont cohérents avec les résultats de l'évaluation de 2011, réalisée par entretiens semi-dirigés [31].

4-2 Analyse des résultats et confrontation aux données de la littérature

- ✓ **D'après le MITI, la formation a favorisé une amélioration des compétences des internes à court terme.**

Les internes ont progressé d'après tous les scores globaux (sauf le score « direction »). Il y a également une amélioration de tous les comportements. On peut donc conclure que la formation a amélioré leurs compétences à court terme.

Cette amélioration des compétences est-elle suffisante ?

Il faut rester prudent sur la signification de cette amélioration. Comme en témoigne la comparaison de nos résultats aux seuils de compétences de base nécessaires à acquérir selon des experts (*figure 8* p38), l'EM n'est pas facile à apprendre. Mais Miller et Rollnick conviennent que ces seuils représentent des moyennes qui ne sont pas forcément atteintes à chaque entretien même par des cliniciens expérimentés et qu'ils varient probablement selon la situation clinique. De plus, ils sont basés sur leur propre expérience et donc amenés à évoluer avec la recherche clinique [42].

Les internes ont tous utilisé l'EM dans leur pratique (sauf un). L'évolution des scores d'adhésion à l'EM et d'esprit global suggère une imprégnation de l'EM et est donc encourageante.

Cette amélioration des compétences va-t-elle se maintenir à long terme?

« Dans la pratique, l'EM met en œuvre un jeu complexe d'outils qui est utilisé de manière flexible pour répondre de façon immédiate aux changements dans ce que dit le patient. Apprendre l'EM est un peu comme apprendre à jouer à un sport complexe ou d'un instrument de musique. Participer à une formation de deux jours peut apporter certaines notions de base, mais la compétence réelle et l'aisance ne s'acquièrent qu'au travers d'une pratique rigoureuse avec des supervisions et un encadrement par un guide bien informé. » [28]. Miller et Rollnick.

Une première formation semble être le lieu d'apprentissage de bases théoriques, de mise en application par des exercices, et de « découverte » du réflexe correcteur. Ensuite la mise en œuvre de l'EM au quotidien nécessite une volonté de maintien et d'approfondissement de ces nouvelles compétences.

La recherche dans le domaine de la formation montre que la maîtrise de l'EM ne peut pas être acquise facilement par l'auto-apprentissage ou la participation à un atelier, mais exige en général une pratique supervisée et encadrée sur une période prolongée [35]. Pour continuer à se maintenir à un niveau de compétences qui rend la pratique de l'EM vraisemblablement efficace dans son utilisation avec les patients cette continuité est nécessaire. Les recherches actuelles se dirigent beaucoup sur les niveaux de compétence des praticiens, le contrôle de ces compétences et leur amélioration.

Quelles sont nos hypothèses pour expliquer l'évolution du score « direction » :

Il faut commencer par signaler qu'il s'agit du score le plus complexe et discutable à interpréter. Un score à 5 peut signifier que l'intervenant guide parfaitement et qu'il a focalisé correctement tout au long de l'entretien. Mais il peut signifier tout autant, qu'il est totalement directif. Cette précision faite, pour notre étude, cette décroissance du score peut en partie trouver une explication dans le fait que les internes aient rapporté comme difficile de garder un cap d'entretien (être directif dans l'objectif de guider vers le changement).

Il est par ailleurs cohérent avec les résultats de l'évaluation d'une formation à l'EM auprès de professionnels de santé dans un réseau diabète publiée en 2010 [40].
Leurs hypothèses pour expliquer la décroissance du score « direction » étaient que :

- les participants se trouvaient aux prises avec leurs propres objectifs d'apprentissage, ce qui avait un impact négatif sur leurs capacités à diriger l'entretien.
- Les participants pouvaient être traversés par un conflit de positionnement attribuable à un effet post-formatif.

La population de leur étude était différente de la nôtre puisqu'il s'agissait de 27 professionnels de santé de la région Nord Pas de Calais : médecins mais aussi infirmiers, psychologues, pharmaciens, diététiciennes et autres. Ils ont d'ailleurs noté une influence de la profession sur l'amélioration du score composite Reflets/Questions. Dans leur étude, les médecins, pharmaciens, infirmières et diététiciennes voyaient une progression moins importante que les autres de ce score. Les codages portant sur les entretiens en situation réelle de leurs exercices respectifs, les enquêteurs ont postulé que cette différence pouvait résider dans les particularités de ces professionnels et/ou dans le contexte des entretiens.

Le modèle de l'entretien médical pourrait ainsi « pousser » à l'usage plus important de questions fermées.
Il faut tout de même rester prudent sur cette partie de leur analyse qui porte sur des effectifs très restreints.

Nos résultats diffèrent de ceux de cette étude sur le score « Empathie ». Notre population d'internes a vu une augmentation statistiquement significative de ce score, ce qui n'est pas le cas pour les professionnels dans leur étude.

Confrontation à la littérature de nos résultats sur le score « empathie » : que sait-on de l'empathie des étudiants en médecine et que peut apporter une formation à l'EM pour leurs compétences relationnelles ?

Dans une étude de 2012, réalisée à l'université de Lausanne, 131 étudiants de 5ème année ont été randomisés en un groupe expérimental recevant une formation en EM (66) et en un groupe contrôle (65). Ils participaient ensuite (1 semaine plus tard), à l'enregistrement de consultations simulées codé par le MITI [39]. Les résultats ont mis en évidence un score « Empathie » statistiquement différent et plus élevé dans le groupe ayant reçu la formation en EM.

Il faut remarquer que, concernant les difficultés rencontrées lors de l'intégration de l'EM dans leur pratique, une des réponses des participants de notre étude a été « laisser parler le patient ». Ecouter demande un effort de la part de l'intervenant aux prises avec ses propres préoccupations. En effet on a vu plus haut que l'entretien de médecine (« l'interrogatoire ») semblait favoriser le recours aux questions fermées. La compréhension des fondements de l'esprit de l'EM et apprendre à écouter semblent essentiels dans cette formation de base.
(Voir annexe 14 : un extrait du livre d'A. Gromolard, « Prendre sa vie en main » 1991 [44].)

Prérequis : comment peut-on définir l'empathie ?
Selon Carl Rogers : « *capacité de percevoir avec exactitude le cadre interne de référence de quelqu'un… comme si on était cette autre personne en veillant à ne jamais perdre le « comme si »* » 1959.
Selon Morse : « *L'empathie est à la fois une capacité cognitive d'un soignant à comprendre les besoins de son patient, une sensibilité affective à comprendre les émotions de son patient et une capacité comportementale à témoigner de sa compréhension de l'ensemble à son patient*. » 1992.

La thèse du docteur Elsa Marin soutenue en 2011 à la faculté de Lyon Est, intitulée "Enseigner l'empathie en médecine, revue de la littérature et proposition d'outils pédagogiques" a porté sur l'examen de 45 articles [45]. Des revues et des études prouvent une tendance, significative bien que parfois faible, à la baisse de l'empathie au cours des années de formation en médecine**.**
« Quelque chose » surviendrait, au cours de la formation, de l'ordre d'une diminution non pas des capacités à être empathique mais plutôt d'une perte d'intérêt et de considération pour cet aspect de la pratique : la relation à l'autre.

Même s'il faut noter que ces articles étaient, pour la plupart anglo-saxons (il faut donc rester prudent quant à des extrapolations et applications en France), ces constats font réfléchir sur l'enseignement de l'empathie.

Parmi les pistes pour expliquer ce phénomène, la notion de « curriculum caché et informel » est ressorti de cette analyse. Le curriculum caché peut être une influence positive ou négative. Il renvoie à l'expérience et à la pratique du métier de soignant apprises et observées lors des stages. Une autre influence de ce curriculum vient de la coupure par rapports aux émotions qu'il transmettrait. Certains sont des aspects négatifs comme « un environnement de travail hostile », d'autres liés à la culture médicale qui pousserait à une « désensibilisation », « banalisation de la mort, de la souffrance » et à « intellectualiser », « se couper des émotions » (les siennes et celles des autres).
Plus largement, des « facteurs de stress » lors de l'apprentissage et lors de la pratique médicale (inhérents au métier de médecin) étaient parfois corrélés à une empathie moindre.

Donc, l'influence supposée de facteurs de stress sur les médecins en formation, la transmission d'une « norme » du détachement et l'exposition à un « curriculum caché » négatif modèleraient des générations de médecin.

Différentes stratégies pédagogiques sont corrélées à une augmentation de l'empathie mesurée et/ou à d'autres effets comme la diminution de l'épuisement professionnel.

En s'appuyant sur cette revue de la littérature, l'auteure fait une synthèse de ces stratégies :
Les préconisations concernant l'enseignement de l'empathie seraient les suivantes :

- enseignement précoce et soutenu (de la formation initiale à la formation médicale continue)
- intégré (à la formation biomédicale)
- basé sur l'observation, l'expérimentation, et des situations vécues
- sujet d'une réflexion guidée et d'évaluations (le contenu des examens lors de la formation médicale, demande presque exclusivement la mémorisation de données biomédicales, ce qui ne valorise pas les enseignements sur la relation, l'empathie, l'éthique)

Cet enseignement serait nécessairement varié et diversifié pour « sentir l'Empathie » :

- connaissances théoriques et pratiques sur des modèles de communication basés sur l'Empathie : l'EM est cité ici
- jeux de rôles avec des patients standardisés ou simulés par des acteurs, des patients, ou les étudiants eux-mêmes (très utilisé dans les pays anglo-saxons et en Suisse)
- écritures narratives et réflectives
- auto-empathie : meilleur connaissance de soi
- enseignement des « attitudes » par les pairs et maîtres de stage : on retrouve ici la notion de compagnonnage.

Donc, la principale source d'enseignement est l'expérience et l'observation de manifestations d'empathie par les soignants en stage. Ces méthodes incluent des pratiques réflexives individuelles et collectives qui permettent d'expliciter et de gérer consciemment les facteurs internes et externes qui influencent l'empathie dans les relations professionnelles.

En appréciant les préconisations de formation découlant de cette analyse, on voit que plusieurs outils sont déjà développés.
A Tours, les supervisions en stage de médecine générale, les Groupes Balint, les RSCA (Récit de Situation Complexe et Authentique) et surtout les échanges autour de ces écritures en Groupe de Pratique, le Portfolio qui se veut être le lieu de la réflectivité de l'interne sur ses pratiques ... et la formation proposée en EM sont des outils de cet enseignement varié et diversifié nécessaire pour appréhender l'empathie, esprit de la relation et élément du professionnalisme médical.

Balint a montré que le médecin avait par lui-même une fonction thérapeutique (positive ou négative) et qu'il était important, en dehors des aspects scientifiques d'être attentif au « remède » médecin c'est-à-dire à la façon dont le praticien « se prescrivait » [46].

« *Le médicament le plus utilisé en médecine générale est le médecin lui-même […] dans aucun manuel il n'existe d'indication sur la dose, la forme, la fréquence et les risques possibles d'une telle médication […] le but essentiel de notre recherche était de découvrir une nouvelle pharmacologie* ». Balint 1960.

On pourrait faire un parallèle avec l'EM : pratiquer l'EM pourrait être ainsi un moyen de se prescrire pour le soignant.
D'ailleurs Balint parle de « *compagnie d'investissement mutuel* » pour nommer l'écoute spécifique qui permet de créer un climat de confiance et de respect mutuel. La collaboration, composante de l'esprit de l'EM, semble proche au moins dans l'intention.

En 2012, une thèse a évalué la formation par Groupes Balint proposée à Tours : "Perception de la formation à la relation médecin-patient à travers la pratique de Groupes Balint chez les internes de médecine générale de la région Centre" [47]. Depuis 2009, le DUMG (Département universitaire de Médecine Générale), a mis en place des Groupes Balint. Cette étude qualitative a évalué cette formation en recueillant les avis des internes ayant participé aux sessions de 2009/2010 et 2010/2011. Les participants ont apprécié cette expérience et ont parlé d'un manque qu'elle viendrait combler dans l'enseignement de l'aspect relationnel. Ils ont compris la place de l'écoute, parlent d'une meilleure connaissance d'eux même et des patients. L'auteure conclut que l'étude confirme l'intérêt de promouvoir l'enseignement de la relation médecin-patient, de l'intégrer à la formation initiale des étudiants, de l'étendre à toutes les facultés de médecine.

Lorsque nous les avons interrogés sur les domaines d'utilisation de l'EM, les internes de notre étude ont massivement cité le suivi des maladies chroniques, le domaine des addictions… tout domaine où un changement de comportement est nécessaire, mais pas seulement. Ils ont parlé de relation médecin-patient plus sereine, d'écoute, et ont vu un changement positif dans la qualité relationnelle de leurs entretiens.

Ces réponses sont en accord avec d'autres études sur l'EM.

Dans l'évaluation de la formation de 2011 [31], les participants avaient jugé l'EM comme étant une méthode performante dans la relation médecin-patient notamment dans le cas de situations conflictuelles, ou lorsqu'il s'agissait de patients réfractaires à un traitement ou à un changement de comportement de santé.

Dans l'étude sur laquelle portait sa thèse de 2013, "Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel", le docteur Solty a pu mettre en évidence que la relation soignant-soigné était améliorée par l'utilisation de l'EM. Cela passerait tout d'abord par un nouvel équilibre au sein des consultations, avec « un pouvoir mieux réparti entre soignant et soigné ». Ensuite, les médecins décriraient une meilleure communication avec « une amélioration du contact », « une relation plus confortable » qui entraînerait une diminution des résistances. Tous les praticiens étaient unanimes. L'accent serait mis sur l'empathie. Le patient deviendrait le centre de la consultation et ferait ses propres choix en toute confiance.

En ce qui concerne les médecins, son enquête a montré que l'EM aurait un retentissement positif sur la vie professionnelle. La pratique régulière de l'EM amènerait de la satisfaction avec « moins de déception personnelle », ou encore un « bien-être dans sa pratique et dans son éthique ». Il en ressortirait également une diminution du sentiment d'impuissance face aux « patients difficiles ». Sérénité, déculpabilisation, diminution du stress et de la frustration étaient également largement décrits. L'EM apporterait aussi un regain de confiance en la capacité de prendre en charge les patients et pourrait redonner un nouveau souffle à la pratique professionnelle. Ces résultats sont essentiels, étant donné le contexte d'exercice de la médecine actuelle et la part grandissante de l'épuisement professionnel des soignants [29].

Dans la littérature, l'entretien motivationnel apparait comme un outil modélisé de la relation patient-médecin dont l'efficacité a largement été démontrée. Différents aspects doivent encore faire l'objet d'études spécifiques, tels que l'influence de l'expérience du praticien ou de son propre mode relationnel avec ses patients, mais les résultats actuels invitent à une large diffusion et utilisation de la méthode [48].

Fait remarquable, on note une récurrence dans les bénéfices ressentis par les participants après une formation à l'EM, ou aux Groupes Balint…. à la relation médecin-patient en général : impact positif pour leur prise en charge des patients, et pour leur épanouissement professionnel.

Il est nécessaire que chaque étudiant ait une réflexion sur les aspects humains de la médecine, et du raisonnement médical.

L'EM semble permettre de développer les compétences relationnelles des professionnels. Il a toute sa place en formation initiale et continue.

- ✓ **La formation a augmenté la confiance de tous les internes dans leurs compétences pour prendre en charge les patients aux comportements à risques.**

Il est montré que la pratique de l'EM augmente la confiance du « professionnel éducateur » lorsqu'il est confronté à un patient devant entreprendre un changement de comportement pour sa santé [49, 50]. Dans ces études, une métamorphose de l'état d'esprit des soignants est démontrée. La formation leur aurait permis de comprendre l'intérêt de l'engagement dans une relation de collaboration avec le patient, plutôt qu'une relation unidirectionnelle avec des interventions directives.

La société actuelle attend du médecin généraliste qu'il soit un acteur de santé publique et donc un éducateur en santé. La maladie chronique est le plus souvent synonyme de changements voire de bouleversement pour les patients. Ils ne sont pas nécessairement prêts à changer. Le médecin, « formaté » pour diagnostiquer et guérir les maladies, peut se sentir démuni et perdre confiance face au suivi de ces patients perçus souvent comme « non compliants », « difficiles », « résistants », voire « complètement inconscients ». Le risque est le manque d'investissement des deux intervenants : le patient et le soignant. L'EM semble donc particulièrement répondre à ces deux exigences de la prise en charge efficace des maladies chroniques et de l'ETP : avoir un patient motivé et un médecin compétent pour le guider dans l'élaboration de son projet de vie avec la maladie [51].

Quels sont les besoins des internes pour améliorer encore leur confiance dans leurs compétences ?

Les internes de notre étude ont parlé de plus d'expérience en médecine générale mais également de plus de formation, notamment en EM. Ils ont d'ailleurs évoqué la cotation MITI de consultations comme outil de supervision.

L'AFDEM propose des formations et des supervisions. En partenariat avec l'ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie), les formations de niveau 1 et 2 sont proposés aux professionnels de santé du CHRU de Tours : 1 session par an pour une vingtaine de participants.

Le problème du temps avec les patients en consultation a été évoqué à l'occasion de cette question. Certains internes ont déclaré avoir besoin de plus de temps avec les patients, en général. Des difficultés ont également été rapportées dans la gestion du temps lors des entretiens où ils pratiquaient l'EM.

L'EM est-il chronophage ?

Dans leur ouvrage de 2013, Miller et Rollnick consacrent un paragraphe à cette question : « La pression du temps : à quel point l'EM peut-il être bref ? ». Des essais cliniques ont montré que des interventions motivationnelles relativement brèves peuvent aboutir à un changement significatif et il n'y a pas de preuves qu'un style directif soit plus efficace lorsque le temps est court [52].

« L'EM n'est pas un protocole de traitement qui requiert une durée spécifique. C'est une façon particulière de parler aux gens, de poser des questions et de réagir à ce qu'ils disent. »
Miller et Rollnick, édition 2013.

Dans la revue de Lundahl et Burke, prenant en compte quatre méta-analyses réalisées entre 2003 et 2009, les auteurs ont mis en évidence, qu'à niveau d'efficacité semblable, la pratique de l'EM demande moins de temps que les programmes habituellement mis en place (environ 100 minutes de moins). Ils concluent que la performance de l'EM est supérieure à celle des autres approches thérapeutiques [18].

Qu'en pensent les médecins généralistes pratiquant l'EM ?

Toujours dans la thèse de 2013, "Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel", les médecins interrogés ont répondu que l'EM est parfaitement applicable en médecine générale dès lors qu'il s'agit d'envisager chez les patients un changement de comportement, d'autant plus que l'EM n'est pas chronophage voire peut permettre un gain de temps, dès lors que le praticien est à l'aise avec sa pratique. Plus les médecins sont expérimentés, moins ils trouvent l'EM chronophage [29].

Dans cet autre travail de thèse, "Place des entretiens motivationnels dans les cabinets de médecine générale français en 2012", dans laquelle l'auteure a cherché à mettre en évidence les freins à la pratique de l'EM, les médecins interrogés ont déclaré que la vraie difficulté sous-jacente était le manque de reconnaissance et ils ont parlé des « tâches non médicales, chronophages et envahissantes » ; qui prendraient sur le temps de consultation disponible pour le patient [30].

Donc le problème ne serait pas le temps que prend la pratique de l'EM, mais celui qui reste alloué au patient. Ce temps serait « grignoté » par des tâches non médicales imposées par l'évolution des missions du médecin généraliste.

- ✓ **La formation semble avoir amélioré les pratiques des internes.**

Nous avons utilisé une échelle visuelle, dans l'esprit de l'EM pour évaluer les composantes de la motivation au changement « intégration de l'EM dans la pratique » dans notre population d'internes (nous rappelons que pour qu'un changement s'opère, il faut qu'il soit important pour le sujet, qu'il se sente capable de changer, et qu'il y soit prêt).

Déjà avant la formation, et bien que beaucoup d'internes aient peu de connaissances de l'EM, ils jugeaient important de l'intégrer à leurs pratiques. On peut émettre l'hypothèse que la formation répondait à un besoin ressenti de formation. Malgré les difficultés qu'ils avaient pu rencontrer dans sa mise en œuvre, ils restaient plutôt confiants et disposés à l'intégrer après la formation. On peut supposer que la formation a répondu à leurs attentes.

Des travaux vont dans ce sens. En 2005, une étude de l'université Paris 5 a montré que les internes étaient insatisfaits de la part accordée à l'enseignement de la relation : 65% ne s'estimaient pas assez préparés aux difficultés rencontrées dans la relation médecin-patient [53].

A 3 mois de la fin de la formation, les internes déclaraient, tous, avoir utilisé l'EM dans leur pratique (sauf 1.) L'évolution de leurs stratégies pour prendre en charge les patients ayant des comportements à risque en santé semble confirmer un changement : les réponses suggèrent un « recentrage patient ».
En effet, les stratégies déclarées avant la formation semblaient insister sur des informations et conseils qu'il faudrait répéter, et répéter encore.
Les études médicales sont largement consacrées à l'apprentissage biomédical et donnent à l'étudiant toute une liste d'arguments solides scientifiquement pour savoir ce qu'il faudrait faire pour corriger ce qui ne va pas…. Il est probable que cet enseignement favorise le développement de ce type de stratégies en stimulant le réflexe correcteur.
Après la formation à l'EM, les stratégies citées étaient plus collaboratives. Evidemment, on peut penser que les participants ont récité la leçon apprise, mais l'amélioration des scores MITI « collaboration » (croissance) et « information » (décroissance), corrobore cette interprétation.

- ✓ **Suggestions des internes pour améliorer la formation : la proposer à tous les internes, plutôt en stage ambulatoire de niveau 1, avec une réactualisation et une évaluation des compétences en niveau 2.**

Comme lors de l'évaluation de la formation proposée en 2011 [31], les internes ont largement apprécié la formation en 2013 telle qu'elle était organisée. Ils ont évoqué le stage ambulatoire comme période privilégiée. Ils ont souhaité se perfectionner en EM. Il a également été suggéré que le groupe se réunisse pour échanger sur ses pratiques de l'EM.

4-3 Propositions pour l'avenir

La relation médecin-patient, la communication et l'approche centrée sur le patient sont le cœur du professionnalisme médical. Dans la littérature, l'entretien motivationnel apparait comme un outil modélisé de la relation patient-médecin dont l'efficacité a été démontrée. Le but ici n'est pas de dire qu'une formation à l'EM serait suffisante à appréhender tous les aspects de la relation patient-médecin. Pour développer les compétences relationnelles des étudiants en médecine, plusieurs enseignements se combinent, s'enrichissent probalement utilement (stages, Groupes Balint…). C'est la diversité de ces modes d'enseignement et d'acquisition des compétences qui semble nécessaire. Une formation à l'EM est particulièrement à sa place parmi eux.

En pratique, ces enseignements devraient s'intégrer au cursus médical dès le début de la formation initiale et se poursuivre en FMC. Des recherches sont à poursuivre sur les modes d'enseignements à privilégier selon l'avancée dans ce cursus. Les Groupes Balint, les Groupes de pratiques autour des RSCA supposent une experience personnelle de situations complexes et la perception de la dimension relationnelle de la discipline ; donc sont peut être plus adaptés au troisième cycle. Mais on pourrait par exemple envisager des jeux de rôles sur des consultations simulées de situations émotionnellement difficiles dès les premier et deuxième cycles. La norme médicale d'un détachement, d'une coupure par rapport aux émotions, du peu de parole autour des situations difficiles est à interroger pour permettre aux futurs médecins d'élaborer des stratégies pour faire face (autres que celle de mettre en sommeil leurs émotions). Quand on parle de formation avant le troisième cycle et donc avant les ECN, il faut aussi évoquer les modalités d'évaluation de ces enseignements… Une question qui ne tombe pas à l'ECN sera-t-elle « travaillée » ? C'est la question de la place qu'on accorde à l'enseignement de l'aspect relationnel : le message envoyé aux étudiants sur son importance.
Pour exemple concret, on remarque que l'enseignement de tabacologie des étudiants de 4ème année portera sur une heure en 2014 et sera basé sur « un cas clinique type ECN ». Cela est peut être adapté pour préparer l'ECN, mais bien insuffisant pour appréhender la complexité de la prise en charge des patients tabagiques.
Des recherches seraient donc utiles sur les modalités d'évaluation des apprentissages de l'aspect relationnel de la médecine, au cours du deuxième cycle.

Concernant l'enseignement de l'EM, on pourrait proposer une initiation dès le deuxième cycle des études médicales, préférentiellement au moment du stage en médecine générale (4ème année), peut être en privilégiant son intérêt dans la prise en charge des maladies chroniques.
Ensuite, la formation de base trouverait probablement sa place lors du troisième cycle, préférentiellement au moment du stage ambulatoire de niveau 1, lorsque les internes ont fait l'expérience de consultations menées en autonomie et qu'ils ont pris la mesure de l'importance de l'aspect relationnel de l'exercice de la médecine générale (notamment dans les domaines où un changement de comportement est nécessaire). Cette formation pourrait être complétée par un approfondissement et un feedback à l'occasion du stage ambulatoire de niveau 2.
Les internes ont également suggéré que le groupe se réunisse pour une réflexion commune sur leurs pratiques de l'EM. Ce temps réflexif parait utile pour maintenir et enrichir l'effet de la formation et pourrait venir compléter la supervision individuelle qu'apporte le codage MITI d'enregistrements.

Pour finir, nous dirons un mot sur les évolutions de la formation à l'EM proposée aux internes de médecine générale de Tours en 2014. Dans le souci d'être fidèle aux ouvrages de référence, et d'être au plus près des besoins des internes, Mme Florence Da Silva a renforcé l'attention portée à la compréhension de l'esprit de l'EM et à l'utilisation de ses savoir-faire de manière directive (en direction de la résolution de l'ambivalence).

Des fiches pratiques ont été remises aux participants dès le 1er jour pour pouvoir y revenir régulièrement au cours de la formation et après celle-ci.
Elle a également mis en place une utilisation pédagogique du MITI pour expliciter et renforcer le message sur chaque compétence et attitude de l'intervenant : adhérence EM, collaboration, empathie, directivité, évocation. Et ainsi, à la fin de la formation, les participants auront connaissance du MITI, score validé comme outil de supervision.
Le format sur 3 jours a été maintenu. Il est d'ailleurs maintenant conseillé par l'AFDEM pour les formations de base. Les 3 jours seront espacés d'1 mois.

L’expérience d’une interne en médecine générale :

J’expliquais dans l’introduction de la thèse que ce travail partait d’une problématique personnelle et du déclic qu’avait été la découverte de l’EM pour moi.

La découverte de l’esprit de l’EM m’a apporté des clés pour comprendre l’interaction entre patient et médecin et des concepts qu’on m’avait énoncé déjà ont pris plus de sens : « prise en charge globale », « être centré patient », « être empathique ». Mon premier sentiment a été le soulagement. Le soulagement d’une gêne sur laquelle je n’avais pas mis de mots : cette mission de corriger ce qui ne va pas, de faire un « interrogatoire » pour pointer les « mauvaises habitudes », les « mauvais choix » car causes d’impact néfaste sur la santé, me dérangeait. Je n’étais pas en accord avec cette mission et je n’étais pas satisfaite des résultats obtenus. Mais je m’étais trompée. Je n’ai pas la responsabilité des changements des patients mais celle des moyens mis en œuvre pour les guider. La relation que j’engage avec eux peut influencer leurs motivations intrinsèques, sans les dénaturer. Le positionnement d’aidant et de guide me convient bien mieux et j’ai rapidement constaté en consultation qu’il était aussi plus efficace.

Cependant, la pratique de l’EM n’est effectivement pas facile et les « mauvaises habitudes ont la peau dure ». Je me suis rendu compte que j’avais eu le temps dans ma courte expérience, d’intégrer des automatismes contreproductifs quand il s’agit de changement de comportement. J’ai eu la chance de co-animer un atelier sur l’EM proposé à une vingtaine de médecins généralistes lors des « Journées de septembre de 2013 » (FMC). J’ai été surprise par la réaction des participants, différente de celle, massivement enthousiaste, des internes de l’étude présentée ici. Les médecins installés depuis plus longtemps étaient les plus « résistants ». Certains étaient même plutôt cyniques. Cette expérience a renforcé ma conviction qu’une formation précoce est préférable.
Une étude de 2003 réalisée dans le cadre de recherches sur la diffusion de l’intervention brève a passé en revue les conditions permettant, d’après la littérature et l’expérience des auteurs, d’amener le plus grand nombre possible de soignants de premier recours aux formations [54].
Les auteurs ont souhaité attirer l'attention sur l'importance des formations initiales : en effet la disponibilité des jeunes médecins aux idées nouvelles serait supérieure à celle de leurs aînés installés. Il faut remarquer que, logiquement, les méthodes de mobilisation des médecins visant à leur faire intégrer une nouvelle pratique professionnelle doivent tenir compte de la psychologie générale du changement de comportement…

Ce travail de thèse m’a enrichi et ouvert l’esprit. Particulièrement et de façon inattendue, les jeux de rôles m’ont beaucoup apporté. Jouer le rôle du patient (34 fois) et recevoir les réactions des intervenants à mon discours m’a beaucoup appris : j’ai été agacée par les entretiens directifs et j’ai apprécié que l’on m’écoute… pourtant je n’étais ni enceinte et tabagique, ni diabétique, ni coronarienne… Je suis convaincue de la puissance des jeux de rôle dans la formation des étudiants en médecine pour appréhender l’importance de l’écoute. Ecouter demande un effort, cela s’apprend.

La découverte de l’EM m’a donc permis de m’éveiller à l’importance de la relation médecin-patient en médecine générale, et depuis j’ai compris que plus largement, pour développer ses compétences scientifiques et relationnelles le professionnel doit se former… toujours et se remettre en question… souvent.

J’espère que ce travail sera utile à d’autres.

5- CONCLUSION

Cette étude évaluant l'impact d'une formation à l'EM sur 23 internes de médecine générale de la faculté de Tours est encourageante. Il semble que la formation améliore leurs compétences selon le score MITI. Elle augmente leur confiance dans leurs compétences. Enfin elle a un impact sur leurs pratiques puisqu'ils prévoyaient d'y intégrer l'EM.

La relation médecin-patient a évolué. Le temps du médecin paternaliste semble désuet. L'évolution de la société, de la communication et de l'accès aux informations pour les patients avec internet notamment, conduisent à une nécessaire (et légitime ?) évolution de la médecine, plus orientée vers le dialogue, l'écoute, la négociation et donc un partenariat.
De plus, la société attend du médecin généraliste qu'il soit un acteur de santé publique et donc un éducateur en santé.
L'EM est validé et a prouvé son efficacité dans les domaines où un changement de comportement est nécessaire en Santé. Cette méthode de communication, dont l'esprit est basé sur la collaboration et l'écoute, permet d'acquérir des savoir-faire pour engager avec le patient une relation de partenariat respectant et valorisant son autonomie, puis le guider dans l'émergence de ses propres motivations pour qu'il puisse élaborer un plan de changement qui s'intégrera dans son projet de vie.

L'évolution de la place du médecin dans la société et des missions qu'elle lui donne, rend obligatoire une réflexion sur son positionnement dans la relation avec le patient. Cette réflexion apparait dans les programmes de formation dès le début des études médicales et, ces dernières années, des enseignements se mettent en place sur l'aspect relationnel des pratiques professionnelles.
Des recherches restent à faire sur les moments les plus opportuns pour intégrer ces enseignements en fonction de l'avancée de l'étudiant dans le cursus et d'autres outils sont probablement à expérimenter.

Fait remarquable, dans le contexte d'exercice actuel et la part grandissante de l'épuisement professionnel des soignants, les formations sur l'aspect relationnel de la médecine, redonneraient un nouveau souffle à la pratique professionnelle en diminuant notamment le stress et la frustration. Particulièrement pour l'EM, les médecins se sentiraient moins impuissants face aux patients « résistants ». Développer les compétences relationnelles des professionnels de santé aurait donc un double impact positif : sur la prise en charge des patients, et sur l'épanouissement des professionnels. Mais, après tout, il y a peu de raisons de penser que les deux ne sont pas liés.

Cette étude confirme l'intérêt de promouvoir l'enseignement de la relation médecin-patient. Un enseignement précoce, soutenu, diversifié, au cours duquel l'EM a toute sa place.

« *Tu ne vaux que ce que valent tes rencontres.*
Il n'existe qu'un luxe véritable,
et c'est celui des relations humaines »

Antoine de Saint Exupéry

6- BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization, Adherence to Long Term Therapies - Evidence for Action, Geneva : WHO, 2003

2. ESRS1308333A - MESR : enseignementsup-recherche.gouv.fr [Internet]. [cité 2 févr 2014]. Disponible sur: http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html

3. CNGE : http://www.cnge.fr/

4. Compagnon L, Bail P, Huez JF, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013 Juil. 108 :148-55.

5. Miller WR, Rollnick S, Butler C. Pratique de l'entretien motivationnel : Communiquer avec le patient en consultation. Paris : InterEditions-Dunod ; 2009.

6. MINT : http://motivationalinterviewing.org

7. AFDEM : http://www.entretienmotivationnel.org

8. Miller WR, Rollnick S, Lecallier D, Michaud P. L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement. Paris : InterEditions-Dunod ; 2006.

9. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement, Paris : InterEditions ; 2013.

10. Rogers CR. Client-centered therapy. Boston : Houghton-Mifflin, 1951.

11. Brehm SS, Brehm JW. Psychological reactance: a theory of freedom and control. New York: Academic Press, 1981.

12. Bem DJ. Self-perception: an alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological review* 1967 ; 74 : 183-200.

13. Janis IL, Mann L. Decision-making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York : Free Press, 1977.

14. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 1982 ; 19 : 276-288.

15. Bandura A. Self-efficacity: Toward a Unifyinf Theory of behavioral Change. Psychological review. 1977; 84 (2): 191-215.

16. Rokeach M. The nature of human values. New York : Free Press,1973.

17. Project MATCH Research Group, Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Projet MATCH posttreatment drinking outcomes. Journal of studies on Alcohol. 1997; 58: 7-29.

18. Lundahl B, Burke B. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a pratice-frendly review of four meta-analysis. Journal of Clinical Psychology. 2009; 65 (111): 122-1245.

19. Burke B, Arkowitz H, Menchola M. The efficacity of motivational interviewing : a meta-analysis of controlled clinical trials. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2003; 71: 84-861.

20. Hettema J, Steele J, Miller W. Motivational interviewing. Annual review of clinical psychology. 2005; 91-111.

21. Vasilaki E, Hosier S, Cox W. The efficacity of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking : a meta-analystic review. Alcohol and Alcoholism. 2006; (41): 328-335.

22. Lundahk B, Tellefson D, Kunz C, Brownell C, Burke B. Meta-analysis of motivational interviewing : twenty five years og empirical studies. Research on social work Practice. 2009; 20 (12): 17-160.

23. Lai DT, Cahill K, Qin Y, et al. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2010; 1: CD006936.

24. Bismuth M, Escourru B, Poutrain JC et al. Prévention du risque cardiovasculaire : Entretien motivationnel en médecine générale. Une revue de la littérature. Médecine 2011 ; (10) : 234-236.

25. Lecallier D, Michaud P. L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique. Alcoologie et Addictologie 2004 ; 26 (2) : 129-134.

26. Miller WR, Rollnick S. Ten things that Motivational Interviewing is not. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2009 Feb 06 ; 37 : 129-140.

27. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. Am Psychol. 2009sep ; 64(6) :527-37.

28. Haute Autorité de Santé. L'entretien motivationnel. : http://www.has.santé/portail/upload/docs/application/pdf2008/10/memo-entretien-motivationnel-pdf

29. Solty Alam C. Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel. Thèse d'exercice : Médecine : médecine générale : Caen : 2013.

30. Veit Hamm A. Place des entretiens motivationnels dans les cabinets de médecine générale en France en 2012. Thèse d'exercice : Médecine : médecine générale : Strasbourg : 2013.

31. Egron A. Perception et opinion des médecins généralistes après une formation à l'entretien motivationnel dans le cadre de la promotion du dépistage organisé des cancers. Thèse d'exercice : Médecine : médecine générale : Tours : 2012.

32. Moyers T, Martin T, Manuel JK, Hendrickson SML, & Miller WR. Assessing competence in the use of motivational interviewing. Journal of Substance Abuse Treatment. 2005; 28(1): 19–26.

33. Gaume J, Gmel G, Faouzi M. & Daeppen JB. Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions. Journal of substance abuse treatment. 2009; 37(2): 151-159.

34. Forsberg L, Berman AH, Kallmen H, Hermansson U, & Helgason AR. A Test of the Validity of the Motivational Interviewing Treatment Integrity Code. Cognitive Behavior Therapy. 2008 ; 37(3) : 183-191.

35. Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. J Consult Clin Psychol. 2004 Dec;72(6):1050-62.

36. Miller R, Rollnick S. Evaluer les conversations motivationnelles. In : L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement, Paris : InterEditions, 2013, p.421.

37. Berelson B. Content Analysis in Communication Research The free Press, 1952.

38. Haute Autorité de santé. Guide méthodologique : Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques. 2007.

39. Daeppen JB, Fortini C, Bertholet N, Bonvin R, Berney A, Michaud PA, et al. Training medical students to conduct motivational interviewing: a randomized controlled trial. Patient Educ Couns. 2012 Jun; 87(3):313-318.

40. Tourette-Turgis C, Boivin MD. Mesure 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, sep 2010.

41. Rosengren DB, Baer JS, Hartzler B, Dunn CW, Wells EA. The video assessment of simulated encounters (VASE): Development and validation of a group-administered method for evaluating clinician skills in motivational interviewing. Drug Alcohol Depend. 2005 Sep 1;79(3):321-30.

42. Miller R, Rollnick S. Evaluer les conversations motivationnelles. In : L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement, Paris : InterEditions, 2013, p.416-423.

43. Gerard FM. L'évaluation de l'efficacité d'une formation. Gestion 2000. 2003 ; 20 (3) : 13-33.

44. Gromolard A. Prendre sa vie en main. Chronique sociale. 1991.

45. Marin E. Enseigner l'empathie en médecine, revue de la littérature et proposition d'outils pédagogiques. Thèse d'exercice : Médecine : médecine générale : Lyon Est : 2011.

46. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot.1960.

47. Bégot MP. Perception de la formation à la relation médecin-patient à travers la pratique de Groupes Balint chez les internes de médecine générale de la région Centre. Thèse d'exercice : Médecine : médecine générale : Tours : 2012.

48. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Prévention en médecine générale : une part croissante et une évolution de l'activité. Médecine (Monrouge) A. 2007 ; 3 (2) : 74-76.

49. Sharone A, Abramovitz M, Davida Flattery D et al. Linking a motivational interviewing curriculum to the chronic care model. Journal of General Internal Medecine. 2010; 25: 620-626.

50. Deappen J, Fortini C, Bertholet N et al. Training medical students to conduct motivational interviewing : A randomized controlled trial. Patient education and consulting. 2012; 87 (13): 313-318.

51. Blanchet E. Intérêt de l'entretien motivationnel dans l'éducation thérapeutique. Application de cette méthode de communication dans la mise en œuvre des entretiens pharmaceutiques de l'officine. Thèse d'exercice : Pharmacie : Tours : 2013.

52. Miller R, Rollnick S. L'entretien motivationnel dans la pratique quotidienne. In : L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement, Paris : InterEditions, 2013, p.324.

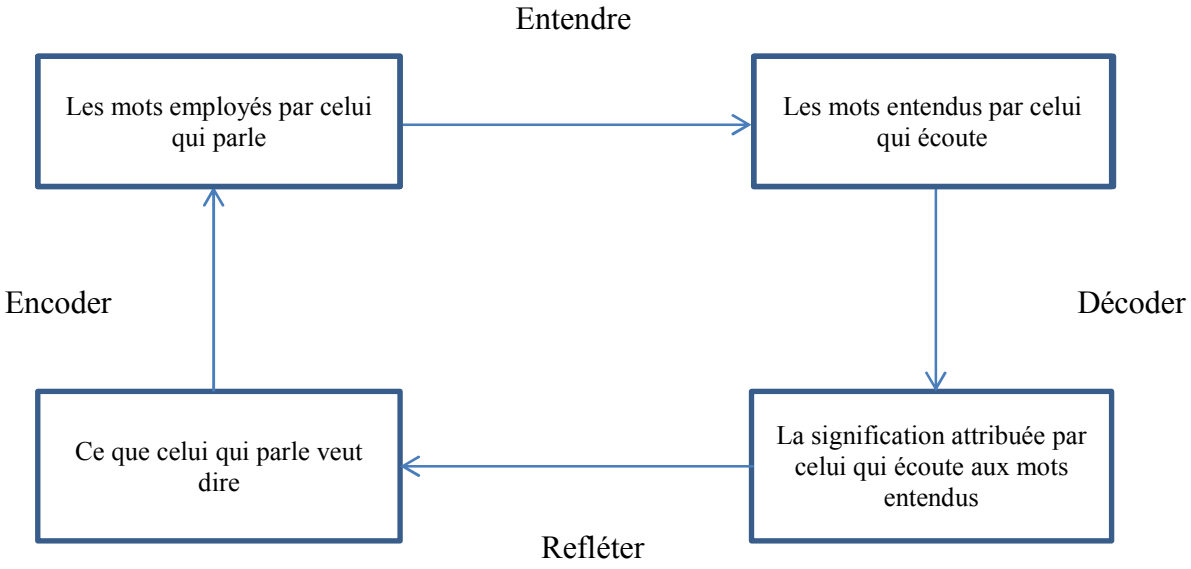
53. Bourreau S. Formation à la relation médecin-malade en troisième cycle des études médicales de médecine générale : évaluation d'une formation Balint. Thèse d'exercice : Médecine : médecine générale : René Descartes : Paris 5. 2005.

54. Michaud P, Abesdris J. Diffusion de la pratique de l'intervention brève: methods de formation et de mobilization dees acteurs de soins de premier recours. Médecine et hygiène. 2003 ; 61 (2451) : 1817-1822.

7- ANNEXES

ANNEXE 1 : Ecoute active de Thomas Gordon

Extrait du chapitre 5 : Ecouter : Comprendre le dilemme de la personne. Edition 2013 Miller et Rollnick.



Gordon 1970

ANNEXE 2 : Les 12 impasses relationnelles de Gordon

Extrait du chapitre 5 de l'édition 2013 de l'ouvrage de Miller et Rollnick.

La conception populaire considère que l'écoute c'est juste rester tranquille (au moins pour un moment) et entendre ce que l'autre dit. Pourtant l'élément crucial dans l'écoute réflective est contenu dans ce que celui qui mène l'entretien dit en réponse à son interlocuteur. Voilà pourquoi Thomas Gordon (1970) la nommait écoute *active*.

A cet égard, il peut être aidant de regarder d'abord ce que n'est pas une bonne écoute. Gordon a écrit 12 types de réponses que les gens se donnent habituellement l'un à l'autre mais qui ne sont pas de l'écoute :

1. Ordonner, diriger ou commander

Exemple : « A partir de lundi, vous ferez… »

2. Mettre en garde, avertir ou menacer

Exemple : « Si vous ne faites pas…, vous verrez que… »

3. Donner des conseils, faire des suggestions ou proposer des solutions

Exemple : « Pourquoi ne faites-vous pas… ? »

4. Persuader avec de la logique, des arguments ou un cours

Exemple : « Oui mais si vous pesiez vraiment les avantages et les inconvénients, votre choix serait… »

5. Dire aux gens ce qu'ils devraient faire : moraliser

Exemple : « Ce n'est pas une bonne idée, vous devriez »

6. Manifester son désaccord, juger, critiquer ou blâmer

Exemple : « Vous n'allez jamais y arriver de cette manière »

7. Manifester son accord, approuver ou féliciter

Exemple : « Oui quelle excellente idée »

8. Faire honte, ridiculiser, ou étiqueter

Exemple : « Les alcooliques réagissent toujours comme ça … »

9. Interpréter ou analyser

Exemple : «Vous n'y arrivez pas parce que vous ne vous aimez pas. »

10. Réassurer, manifester sa sympathie ou consoler

Exemple : Vous verrez, ce n'est pas si difficile que vous … »

11. Questionner ou demander des preuves

Exemple : « Depuis quand ? Et ça vous arrive souvent ? Et ça vous gêne ?... »

12. Laisser tomber, distraire, faire de l'humour ou changer de sujet

Gordon a nommé ce type de réaction « des impasses relationnelles » parce qu'elles tendent à se mettre sur la voie de l'auto-exploration et qu'elles distraient de l'écoute.

ANNEXE 3 : Mémo de l'HAS sur l'EM

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'entretien motivationnel est une façon d'être avec nos patients, particulièrement utile en médecine générale lorsqu'on veut aborder un changement de comportement influençant la santé (tabac, alcool, exercice physique, alimentation, prise de médicaments…). Il se base sur l'hypothèse que la plupart des patients qui arrivent en consultation ne sont pas nécessairement prêts à changer.

De plus, il est bien établi que les facteurs de risque sont souvent multiples chez la même personne, et il est difficile quelquefois de choisir ou faire porter les efforts sur un facteur en particulier, du point de vue du médecin comme du point de vue du patient (1)

L'entretien motivationnel est un outil d'accompagnement de nos malades chroniques dans le changement, pour :

- soutenir un désir de changement ;
- comprendre et gérer les processus de changement, l'ambivalence (indécisions qui accompagnent les doutes sur le caractère souhaitable ou faisable d'un changement),
  la résistance ;
- reconnaître, susciter, soutenir les désirs de changement ;
- augmenter la motivation au changement ;
- augmenter ses capacités d'écoute active, d'empathie.
- Influencer favorablement le résultat de conseils ou de prescriptions.

Basée sur l'écoute active et une attitude empathique, l'approche motivationnelle propose des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Elle tient compte des perceptions du risque par le patient. Elle assure aux discussions une atmosphère positive et détendue, et montre des résultats très encourageants.

L'entretien motivationnel est donc à la fois un esprit et une pratique de l'entretien, qui augmente, de façon bien démontrée, l'efficacité des pratiques de conseil, quelle que soit la nature du changement à opérer : modification d'une consommation, d'une prise de risque, observance thérapeutique, etc.

L'entretien motivationnel s'est d'abord développé au cours des années 80 aux États-Unis et au Royaume-Uni. Il a été créé par deux psychologues, William Miller, qui exerce et enseigne à l'université du Nouveau-Mexique, et Stephen Rollnick, qui travaille dans le département de psychologie médicale de l'université de Cardiff (pays de Galles). Leur ouvrage paru en 1991 (et renouvelé dans une deuxième édition en 2002) a suscité un grand intérêt parmi les praticiens et les chercheurs. Ses applications ont tout d'abord concerné les addictions, et en particulier le traitement des dépendances à l'alcool, au tabac ou aux drogues illicites, puis se sont étendues à toutes les situations d'« accompagnement au changement ».

L'ouvrage de référence de Miller et Rollnick est désormais disponible en français.

1 Lécallier D et Michaud P. Entretien motivationnel : comment parler d'alcool ? Revue du praticien Médecine Générale ; Tome 20 :744-45

2. Miller W et Rollnick S. L'entretien motivationnel. Paris Dunod-Inter-éditions 2006.

3 Laperche J : Promotion de la santé : quel rôle pour le médecin généraliste ? La santé de l'homme 392 | Novembre - Décembre 2007 |

Document élaboré avec la collaboration du Pr Mireille Becchio, spécialiste de médecine générale

ANNEXE 4 : Dix choses que l'EM n'est pas

Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 2009, 37, 129–140
Printed in the United Kingdom First published online 6 February 2009 doi:10.1017/S1352465809005128

Dix choses que l'Entretien Motivationnel n'est pas

William R. Miller
University of New Mexico, Albuquerque, USA

Stephen Rollnick
Cardiff University, School of Medicine, UK

Contexte : Au cours des 26 années qui ont suivi sa première apparition dans ce journal, l'entretien motivationnel (EM) a été confondu avec diverses idées et approches, ce qu'il doit en partie à sa rapide diffusion internationale.
Méthodes : En se basant sur des confusions qui sont apparues dans des publications et des présentations concernant l'EM, les auteurs ont compilé une liste de 10 concepts et procédures avec lesquels l'EM ne devrait pas être confondu.
Résultats : Cet article discute de 10 choses que l'EM n'est pas : (1) Le modèle transthéorique de changement ; (2) Une manière de manipuler les gens pour qu'ils fassent ce qu'ils ne veulent pas faire ; (3) Une technique ; (4) Une balance décisionnelle ; (5) Une évaluation par retour d'information ; (6) Une thérapie cognitivo-comportementale ; (7) Une thérapie centrée sur le client ; (8) Facile à apprendre ; (9) Une pratique courante et (9) Une panacée.
Conclusion : la clarté sur ce qui constitue (et ne constitue pas) l'EM assure la qualité de la recherche scientifique, de la pratique clinique et de la formation.

Mots-clefs : Entretien motivationnel, pratique clinique, centré sur le client, transthéorique.

Introduction

Cela fait 26 ans que la première description de l'EM a été publiée dans ce journal. Le nombre de publications sur l'EM a doublé tous les trois ans, et il y a maintenant des formateurs en EM et des traductions dans au moins 38 langues. Au travers du seul MINT, plus de 1500 personnes ont suivi une formation de formateur en EM. Si chacune d'elles a formé 100 praticiens et si chaque praticien a pratiqué l'EM avec 100 patients, cela fait au moins 15 millions de personnes qui ont bénéficié de l'approche motivationnelle au travers du seul MINT.
Lorsqu'une méthode complexe se diffuse aussi rapidement et aussi largement que cela a été le cas pour l'EM, il n'est pas surprenant que ses frontières deviennent floues. Avec la diffusion de chaque innovation complexe (Rogers, 2003), il y a un processus naturel de « réinvention » au travers duquel les praticiens adaptent l'innovation à leurs propres compréhension et style. Certaines de telles modifications peuvent améliorer l'innovation ou la rendre plus accessible à une population particulière (Miller, Villanueva, Tonigan et Cuzmar, 2007). Il est aussi possible que la réinvention supprime certains éléments critiques de l'innovation, certains « principes actifs » de son efficacité. Aussi est-il important de comprendre quels sont les éléments essentiels et quels composants peuvent être modifiés sans altérer l'essence d'une méthode. Un grand progrès a été fait dans la compréhension des mécanismes par lesquels l'EM opère (Amrhein, Miller, Yahne, Palmer et Fulcher, 2003 ; Moyers, Miller et Hendrickson, 2005), mais il est clair qu'il reste encore un long chemin à faire.
Il arrive aussi parfois que l'innovation soit tellement modifiée qu'elle ne ressemble plus, voire même entre en contradiction avec sa forme primitive. Les formes confrontantes, autoritaires et coercitives du traitement de l'addiction décrites comme « modèle pathologique » ou « 12 étapes » à la fin du XX^{ème} siècle étaient pour ainsi dire des variantes de la description originelle du programme des Alcooliques Anonymes (Miller et Kurtz, 1994; White et Miller, 2007). A partir d'un certain point, une telle réinvention ne contient plus et peut même violer l'état d'esprit ou des éléments qui définissaient l'approche originelle. Ceci ne veut pas nécessairement dire que la réinvention soit inefficace ; simplement elle est devenue quelque chose de différent.
Nous avons cherché à définir clairement ce qu'est l'EM, et nos descriptions ont évolué au cours du temps (Miller et Rollnick, 1991, 2002 ; Rollnick, Miller et Butler, 2008 ; Rollnick et Miller, 1995). Nous avons aussi présenté certains contrastes entre l'EM et d'autres approches. Alors que l'EM se répand dans la pratique, nous continuons à rencontrer des conceptions et des descriptions de l'EM qui s'écartent substantiellement de la manière dont nous avions compris cette méthode. Nous avons donc pensé qu'il était utile, pour la clarification et la discussion, de décrire ici dix choses que l'EM, de notre point de vue, n'est pas.

1 – L'EM n'est pas basé sur le modèle transthéorique

C'est une confusion compréhensible. L'EM et le modèle transthéorique (MTT) de changement (Prochaska et Di Clemente, 1984) se sont développés à la même époque, au début des années 80. Le MTT et son aspect le plus connu, les stades du changement, a révolutionné l'approche des addictions et plus généralement la manière dont les professionnels conçoivent comment faciliter le changement. La plupart des traitements semblent présupposer que les patients sont au moins aux stades de préparation ou d'action, et prêts pour le changement. Le MTT a popularisé l'idée que beaucoup de toxicomanes, sinon une majorité, même ceux qui entrent dans un programme de traitement, ne sont pas encore décidés ou engagés à changer, et que dès lors, les interventions doivent être adaptées au niveau de préparation auquel ils se trouvent. Plutôt que de déplorer le manque de motivation des gens, il incombe au praticien d'améliorer leur disposition au changement. Il y avait relativement peu d'approches allant dans ce sens, et il y avait donc un lien naturel entre EM et les stades du MTT. EM et MTT ont tous deux été présentés lors de la Conférence Internationale sur les Comportements Addictifs en 1984, et le livre correspondant a été articulé autour des stades de changement (Miller et Heather, 1986). Les stades du changement sont une manière logique de penser le rôle clinique de l'EM et donnent un exemple clair de la manière dont on peut aider les gens à passer des stades de pré-contemplation et contemplation à ceux de préparation et d'action.
Néanmoins, l'EM n'a jamais été basé sur le MTT. Ils sont, en substance, de proches cousins qui ne se sont jamais mariés. Le MTT est destiné à fournir un modèle conceptuel global de comment et pourquoi les changements se produisent, alors que l'EM est une méthode clinique pour améliorer la motivation personnelle pour le changement. La théorie implicite sous-jacente de l'EM est seulement maintenant explicitée, et elle n'est pas destinée à être une théorie globale du changement. Il n'est ni indispensable ni important d'expliquer les stades MTT du changement lors de la pratique de l'EM. Il n'est pas nécessaire d'attribuer aux gens un stade de changement dans le cadre de l'EM ou dans la préparation à l'EM. Dans la seconde édition d'*Entretien Motivationnel*, nous avons intentionnellement retiré toute référence au MTT, précisément parce que les deux avaient été confondus (Miller et Rollnick, 2002). En contre-partie, Di Clemente et Velasquez (2002) ont contribué à la rédaction d'un chapitre étudiant spécifiquement les inter-relations entre EM et MTT.

2 – L'EM n'est pas une manière de manipuler les gens pour qu'ils fassent ce qu'ils ne veulent pas faire

Les praticiens viennent parfois à leur première formation en EM avec l'espoir d'apprendre des trucs permettant d'amener les gens à faire ce que nous voulons qu'ils fassent, en dépit d'eux-mêmes, peut-être par analogie avec la suggestion post-hypnotique ou l'intention paradoxale. Bien au contraire, l'EM commence par promouvoir et honorer l'autonomie de la personne : que les gens fassent par eux-mêmes le choix de leurs comportements, et que personne d'autre ne puisse s'approprier ce pouvoir de choix. Même dans les pires privations des camps de concentration, ce qui n'a jamais pu être aliéné est le choix de la manière d'être (Frankl, 1963). Si quelqu'un n'a intrinsèquement aucune réelle motivation pour opérer un changement, l'EM ne peut pas la fabriquer. L'EM n'est pas un tour de passe-passe permettant de détourner de son but, d'orienter par tromperie ou de fourvoyer la motivation personnelle. Il s'agit de mettre à jour les arguments en faveur du changement propres à la personne, et non imposés par quelqu'un d'autre. Cela reste vrai même dans le cas courant où l'EM est pratiqué avec des sujets qui ont été adressés par une autre personne, voire qui sont sous contrainte de traitement. Le changement de comportement doit s'envisager en fonction de l'intérêt personnel du sujet, et non de celui d'une autre personne, d'un service ou d'une institution. Nous pensons ainsi qu'il serait contraire à l'éthique d'utiliser l'EM dans le but de vendre un produit, de remplir des lits de clinique privée ou d'obtenir un consentement pour participer à un programme de recherche.
Par corrélation, l'EM n'est pas un verbe. Vous n'« EMez » pas quelqu'un. De même, vous ne faites pas de l'EM « à » ou « sur » quelqu'un. En effet, toutes ces formes d'expression sous-entendent une relation expert/destinataire contraire aux principes et à l'esprit de l'EM. Les expressions appropriées sont faire de l'EM « pour » ou « avec » quelqu'un.

3 – L'EM n'est pas une technique

Le terme « technique » suggère une opération relativement simple, une procédure particulière pour laquelle il y a des étapes spécifiques à suivre. Si l'EM était une technique, la formule de cours « signes, diagnostic, traitement » pourrait s'appliquer. Pour le meilleur et pour le pire, l'EM est considérablement plus complexe que ça. Il est préférable de le comprendre comme une méthode de communication clinique, un outil complexe qui s'apprend en consacrant un temps considérable à sa pratique. C'est un style consistant à guider pour amplifier la motivation intrinsèque au changement (Rollnick et coll, 2008).
C'est de l'observation de la pratique courante de l'EM que nous nous sommes inspirés pour expliquer les hypothèses sous-jacentes et l'esprit de l'EM sans lesquels ça n'est pas de l'EM (Rollnick et Miller, 1995). Pratiquer l'EM sans en comprendre ni en manifester l'esprit, c'est comme les mots sans la musique pour une chanson. Il manque quelque chose d'essentiel. L'adhésion à l'esprit de l'EM peut se mesurer et est prédictive des résultats du traitement (Gaume, Gmel et Daeppen, 2008 ; Madson et Campbell, 2006 ; Miller et Mount, 2001 ; Moyers, Martin, Catley, Harris et Ahluwalia, 2003 ; Moyers, Martin, Houck, Christopher et Tonigan, sous presse). Dans nos premiers écrits cependant,

nous avions porté une attention insuffisante à ce *Menschenbild* sous-jacent, ou ce regard sur la nature humaine, et ceci peut avoir contribué à des conceptions de l'EM comme une technique.
Un point de vue analogue est l'utilisation d'un manuel structuré, parfois supposé être le principal garant d'une pratique de qualité fondée sur les preuves. La qualité de l'EM prodigué peut se mesurer de façon fiable sans recourir à un quelconque manuel thérapeutique (Madson et Campbell, 2006). Une méta-analyse des recherches sur les effets de l'EM a montré que les études pour lesquelles il n'y avait pas de manuel spécifique pour guider l'EM avaient des effets deux fois plus importants que celles qui comportaient un manuel thérapeutique structuré d'EM, un résultat opposé au présupposé habituel sur l'importance d'un manuel pour améliorer l'adhérence étroite à une méthode psycho-thérapeutique. Un des essais cliniques dans lequel nous n'avons trouvé pratiquement aucun effet de l'EM sur la consommation de drogue (Miller, Yahne et Tonigan, 2003) est un de ceux dans lesquels les thérapeutes utilisaient un manuel d'EM hautement structuré. Des études psycholinguistiques ultérieures ont fourni des hypothèses quant aux raisons pour lesquelles l'intervention avait pu échouer à produire l'effet habituel (Amrhein et coll, 2003). Parce que l'intervention EM était limitée à un séance, le manuel stipulait qu'un plan de changement devait être établi à la fin de chaque séance. L'instruction tacite était « que le client soit prêt ou non ». Pour environ les deux-tiers de l'échantillon, cela convenait très bien. Le discours exprimant l'engagement au changement se renforçait au fil de la séance et ces clients ont formé un groupe quasi complètement abstinent de drogue au cours du suivi d'un an. Le groupe formé par l'autre tiers a poursuivi une consommation de drogue élevée, bien que divisée par deux. Lorsque Amrhein a examiné les propos tenus au cours des séances par ces patients moins performants, il a découvert que la force de leur engagement au changement s'était effondrée à zéro précisément à partir du moment où le plan de changement avait commencé. Pour ces patients-là, il aurait sans doute été préférable de les laisser au relativement haut niveau d'engagement atteint à l'issue de la phase I de l'EM plutôt que d'insister pour qu'ils établissent un plan de changement auxquels ils n'étaient pas prêts. Les praticiens qualifiés en EM qui entamaient un plan de changement et qui voyaient le patient faire machine arrière n'auraient pas dû insister, mais ces thérapeutes, suivant scrupuleusement le manuel, ont quand même poursuivi. L'erreur dans le manuel était de prescrire une technique avec un processus déterminé plutôt que de permettre l'adaptabilité indispensable à un bon EM.
L'EM ne doit pas être confondu ni comparé avec l'une quelconque des techniques spécifiques qui peuvent être mises au service de la méthode clinique. L'évaluation de l'importance et de la confiance, par exemple, peut être utilisée fructueusement au cours de l'EM, et peut être aisément enseignée comme une technique pour des soignants qui ne sont pas nécessairement familiarisés avec l'EM (Rollnick, 2008). Procéder à de telles évaluations, cependant, ne revient pas à pratiquer l'EM, quand bien même il s'agit d'une composante indispensable de l'EM.

4 – L'EM n'est pas une balance décisionnelle

Une technique avec laquelle l'EM a été confondu est la construction d'une balance décisionnelle, décrite il y a fort longtemps par Benjamin Franklin et codifiée en psychologie par Janis et Mann (1977). Dans cette approche pour résoudre les conflits personnels et l'ambivalence, le conseiller met à jour et explore en profondeur à la fois les pour et les contre du changement. Souvent, un tableau de 2x2 est construit, énumérant et élaborant (1) les bénéfices du *statu quo*, (2) les coûts du *statu quo*, (3) les bénéfices potentiels du changement et (4) les coûts potentiel du changement. L'exploration en profondeur des deux termes de l'équation est supposée aider les gens à clarifier et à résoudre rationnellement leur ambivalence. Nous croyons que cette approche est parfaitement adaptée quand le conseiller veut éviter de prendre parti en faveur du changement ou de déplacer l'équilibre dans une direction particulière.
Nous avons fait brièvement mention d'une utilisation possible de la technique de la balance décisionnelle dans le cadre de l'EM (Miller et Rollnick, 1991, 2002). C'était l'une d'une série de huit stratégies décrites pour susciter le discours-changement. Particulièrement pour les clients qui sont à un stade précoce de leur préparation au changement, qui avancent relativement peu d'arguments en faveur du changement et qui apparaissent plutôt résistants, cela peut être une façon d'amorcer le démarrage. Interroger d'abord sur les bons côtés de la consommation d'alcool peut être un levier pour aborder de façon naturelle les moins bons côtés. Ce n'est pas une méthode que nous devrions utiliser en routine, mais plutôt avec les clients pour lesquels les premières tentatives pour faire apparaître des arguments en faveur du changement rencontrent peu de succès. Dans certaines représentations de l'EM, cependant, la construction d'une balance décisionnelle complète est devenue une recommandation, primordiale, et même une définition technique. Construire une discussion à 2 ou 4 facettes autour des pour et des contre a pu être considéré comme étant en soi de l'EM.
Il n'y a rien de fondamental, de primordial ou de définitif quant à l'utilisation de la technique de la balance décisionnelle dans la pratique de l'EM. En fait, cela peut être contre-indiqué dans le cadre de notre conception originelle de l'EM, dans laquelle la focalisation porte sur l'émergence du discours-changement du patient tout en prenant soin de ne pas renforcer un discours d'opposition au changement. Les motivations du client contre le changement apparaissent spontanément au cours de l'EM chez les sujets ambivalents. Nous avons décrit diverses manières de répondre à un tel « discours-maintien » (initialement inclus dans la « résistance ») afin de ne pas continuer à le susciter ni le renforcer et à ramener la discussion sur le discours-changement. Les réserves que nous avons sur la technique de la balance décisionnelle viennent de ce qu'elle va chercher activement le discours-maintien, qu'elle le suscite et l'explore intentionnellement. Une exploration égale est faite des arguments des deux termes de

l'équation. De notre point de vue, la personne ambivalente était déjà à ce stade : immobilisée face à cette balance entre les pour et les contre qui se neutralisent. Depuis la toute première description de l'EM (Miller, 1983), il a été question de susciter et renforcer spécifiquement les arguments et motivations propres du client en faveur du changement. Dans l'EM, les gens se racontent littéralement eux-mêmes dans le changement (Miller et Rollnick, 2004). Dans cette perspective, il y a peu de sens à susciter et à accorder autant d'espace et d'attention aux arguments anti-changement.
Encore une fois, nous ne disons pas qu'il est mauvais de construire une balance décisionnelle. C'est une belle technique qui peut être utile dans la poursuite de certains objectifs cliniques. Nous l'avons utilisée pour aider les gens à voir clairement leur dilemme et à faire un choix conscient et délibéré de la direction à prendre *quand nous voulons éviter d'influencer la direction de leur choix*. Il y a aussi certaines circonstances, comme nous l'avons décrit plus haut, où elle peut être utilisée dans le cadre de l'EM. Notre opinion est que la balance décisionnelle est une technique, et non de l'EM, et que l'utiliser en routine peut même aller à l'encontre des principes et des objectifs de l'EM.

5 – L'EM ne nécessite pas une évaluation par retour d'information

Cette confusion remonte au Project MATCH Research Group (1993) dans lequel nous avions la tâche de sélectionner et de protocoliser trois thérapies pour les comparer dans le traitement de la dépendance à l'alcool. Il était sous-entendu que l'une au moins de ces thérapies devait être une thérapie cognitivo-comportementale (TCC), car il s'agissait de l'orientation théorique de la plupart des principaux investigateurs de l'essai. Une thérapie de facilitation en douze étapes (FDE) avait également été choisie pour représenter ce qui était alors une approche répandue dans le traitement de l'alcoolisme aux États-Unis. Pour la troisième approche, les résultats des essais avaient apporté de solides preuves de l'efficacité des interventions brèves, et l'EM était une méthode bien décrite avec un rationnel thérapeutique différent des TCC et de la FDE. Comme TCC et FDE étaient planifiés sur douze séances sur une période de douze semaines, cela posait un problème de les comparer à un traitement en une ou deux séances, car les effets du mode d'intervention et de l'intensité de celle-ci pourraient être confondus. De toute façon, cela n'avait aucun sens de faire une intervention brève en douze séances. Le compromis, pour le groupe de recherche chargé du traitement basé sur l'EM, consistait en une série de quatre séances réparties sur douze semaines. Afin de développer le contenu des premières séances, nous avions ajouté à l'EM la pratique d'une évaluation personnelle structurée des résultats à partir de l'évaluation initiale. Miller avait déjà décrit cette combinaison comme « le check-up du buveur », qui était une unique consultation d'évaluation du suivi (Miller, Benefield et Tonigan, 1993 ; Miller et Sovereign, 1989). Cette intervention en quatre séances du Project MATCH a pris le nom de « Thérapie Motivationnelle d'Amélioration » (Miller, Zweben, Di Clemente et Rychtarik, 1992).
L'évaluation structurée peut être utile en elle-même (Agostinelli, Brown et Miller, 1995). Particulièrement pour les gens qui manifestent au départ une faible motivation pour le changement (stade de pré-contemplation dans le MTT), un tel retour peut fournir des éléments de discussion pour l'EM et permet souvent de découvrir des raisons potentielles de changement qui n'avaient pas été mises en évidence plus tôt. L'évaluation n'est cependant pas un élément inhérent à l'EM, ni primordial, pas plus que le fait de réaliser une telle évaluation ne constitue de l'EM. La pratique clinique de l'EM peut se faire sans cette évaluation, qui n'est ni nécessaire, ni suffisante pour faire de l'EM. La « Thérapie Motivationnelle d'Amélioration » est une combinaison spécifique de la pratique clinique de l'EM avec l'évaluation des résultats.

6 - L'EM n'est pas une forme de thérapie cognitivo-comportementale

La formation pré-doctorale de Miller insistait certes sur les thérapies cognitives et comportementales, mais elle comprenait aussi l'enseignement des méthodes de consultation centrée sur le client de Carl Rogers. Parmi celles-ci, il a surtout été sensibilisé à l'empirisme pragmatique : croire les informations données, suivre ce que l'on découvre partout où cela peut conduire. Ce furent précisément les résultats inattendus des études d'intervention qui ouvrirent la voie à l'EM.
La description initiale de la méthode clinique de l'EM ne s'est pas fondée sur une base théorique. Au contraire, comme certains collègues norvégiens l'ont évoqué, Miller l'a dessinée à partir de certaines règles tacites de décision qu'il avait intuitivement mises en œuvre dans sa pratique clinique, des principes implicites dont il n'était pas conscient et qui ne correspondaient pas particulièrement bien à l'enseignement de l'approche cognitivo-comportementale qu'il avait reçu en son temps (Moyers, 2004). Même s'il fit *a posteriori* des liens avec certaines théories de la psychologie sociale telles la dissonance cognitive, la réactance et l'inférence auto-attributive (Miller, 1983), l'EM ne fut pas le fruit d'une déduction rationnelle à partir de telles théories. Au contraire, il s'est présenté comme une méthode clinique, et c'est plus tard, avec le nombre croissant de données empiriques, qu'est apparu le besoin d'une explication théorique.
Les thérapies cognitivo-comportementales se proposent en général de fournir au client quelque chose qui est censé lui faire défaut. Cet élément peut être de nouvelles capacités d'adaptation, un concept éducatif sur la façon dont le comportement est appris, un contre-conditionnement, des conditions environnementales ou la restructuration de cognitions erronées pour de plus adaptées. L'expertise des praticiens des TCC réside dans leur connaissance et leur compétence technique dans l'application des principes de l'apprentissage. L'intervention courte typique en EM en une ou deux séances n'implique pas d'enseigner de nouvelles compétences, de rééduquer, de contre-conditionner, de

modifier l'environnement ni de mettre en place des croyances plus rationnelles et mieux adaptées. Il ne s'agit pas de mettre en place quoi que ce soit, mais bien plutôt de stimuler chez les gens ce qui est déjà en eux. Ça n'est pas le mode de communication d'un expert qui assure « J'ai ce dont vous avez besoin » mais plutôt le style facilitateur d'un compagnon qui dit « Vous avez ce dont vous avez besoin, et, ensemble, nous allons le trouver ». Fondamentalement, l'EM n'est pas une thérapie cognitive où le clinicien corrige les croyances erronées de son client. Il y a des bases émotionnelles substantielles dans l'EM (Wagner et Ingersoll, 2008), et par son cadre conceptuel, par son esprit sous-jacent, il est fondamentalement humaniste plutôt que comportementaliste.

7 – L'EM n'est pas seulement une consultation centrée sur le client

L'EM serait-il simplement une réincarnation de la consultation rogérienne sous un autre nom ? Certes, les idées et les méthodes de Carl Rogers sont à la base de la pratique de l'EM et son développement s'est fait en grande partie au travers de la méthode de psychothérapie et des résultats des recherches initiées par Carl Rogers et ses élèves. Les « conditions cruciales du changement » décrites par Rogers (1959) sont analogues à « l'esprit de l'EM » que nous avons décrit en référence (Miller et Rollnick, 2002 ; Rollnick et Miller, 1995). D'une certaine manière, l'EM est une évolution de la consultation centrée sur le client.
L'EM s'écarte cependant de la traditionnelle consultation centrée sur le client en étant sciemment axé sur les objectifs et intentionnellement dirigé vers le changement. Durant l'EM, le consultant pratique une écoute stratégique orientée pour susciter et répondre sélectivement à certaines formes de propos génériquement appelés « discours-changement ». Au cours d'une séance d'EM, le consultant essaye d'accroître la force de la motivation exprimée par le client pour le changement de comportement et de réduire la défense du *statu quo*. Carl Rogers a jeté l'anathème sur un tel renforcement différentiel de formes particulières de discours du patient, alors que son élève Truax (1966) a publié des résultats suggérant que c'était précisément ainsi que Rogers conduisait ses propres consultations.
Un effet typique de la consultation centrée sur le client est que celui-ci parle beaucoup plus que le consultant et lui offre ainsi un large éventail de matériel à partir duquel il doit choisir quoi refléter, quoi faire développer par des questions et quoi inclure dans ses résumés. Parmi ces options, la seule orientation commune avec la consultation centrée sur le client est l'attention particulière portée aux sentiments exprimés ou tacites. L'EM offre une logique claire et une ligne directrice vis-à-vis des propos qui conduisent vers le changement et de la manière de susciter et de renforcer ce discours du client.

8 – L'EM n'est pas facile

L'EM est simple, mais pas facile. C'est vrai tant pour l'aptitude fondamentale à se centrer sur le client avec une empathie authentique (écoute réflective) que d'une manière générale pour la pratique clinique de l'EM.
Quand un regarde un clinicien habile pratiquer l'EM, on a l'impression d'assister à une conversation fluente et en douceur au fil de laquelle le client devient de plus en plus motivé pour le changement.
Dans la pratique, l'EM met en œuvre un jeu complexe d'outils qui est utilisé de manière flexible pour répondre de façon immédiate aux changements dans ce que dit le patient. Apprendre l'EM est un peu comme apprendre à jouer à un sport complexe ou d'un instrument de musique.
Participer à une formation de deux jours peut apporter certaines notions de base, mais la compétence réelle et l'aisance ne s'acquièrent qu'au travers d'une pratique rigoureuse avec des supervisions et un encadrement par un guide bien informé.
Nous sommes parfois conviés à enseigner l'EM au cours d'un atelier de deux heures, voire au cours d'un déjeuner où un laboratoire pharmaceutique offre la pizza. Imaginez une même invitation pour enseigner l'alto, ou le tennis, ou dans la même veine la psychanalyse, durant un déjeuner !
L'EM n'est pas un tour de main ou une technique qui peut être facilement apprise et enseignée. Il implique l'utilisation consciente et disciplinée de principes et d'une stratégie de communication spécifiques pour susciter les motivations au changement propres à la personne. La recherche dans le domaine de la formation montre que la maîtrise de l'EM ne peut pas être acquise facilement par l'auto-apprentissage ou la participation à un atelier, mais exige en général une pratique supervisée et encadrée sur une période prolongée (Miller, Yahne, Moyers, Martinez et Pirritano, 2004), ce qui semble être plus généralement le cas pour les méthodes de traitement validées complexes (Miller, Sorensen, Selzer et Brigham, 2006).

9 – L'EM n'est pas ce que vous faites déjà

Compte tenu de ce qui précède, nous pensons qu'il est difficile pour les cliniciens de trouver naturellement et intuitivement leur voie dans cette approche thérapeutique particulière sans une formation spécifique. « Je fais déjà ça » semble être un commentaire courant lors de la découverte de l'EM. « Bien sûr que je motive mes patients. Bien sûr, que je les écoute ! ». Pourtant, nous avons trouvé une corrélation quasi nulle entre l'auto-perception par les cliniciens de leur compétence en écoute réflective et en EM et leur compétence réelle observée sur un examen de leur pratique (Miller et Mount, 2001 ; Miller et coll, 2004). Une première étude avait montré qu'à l'issue d'un atelier de

deux jours, les praticiens étaient convaincus qu'ils avaient appris l'EM et qu'ils n'avaient pas besoin d'une formation complémentaire, alors qu'un examen de leur pratique montrait un changement insuffisant pour faire une quelconque différence pour leurs clients (Miller et Mount, 2001).
Néanmoins, certains cliniciens semblent « reconnaître » l'EM quand ils le rencontrent pour la première fois, ce qui suggère qu'il existe quelques éléments communs avec leur pratique intuitive. Nous avons décrit l'EM comme étant une forme affinée du mode de communication naturelle du style « guider » lorsqu'il s'agit d'aider quelqu'un à résoudre un problème (Rollnick et coll, 2008). Guider implique un flexible mélange d'information, de questions et d'écoute, et les cliniciens habiles le font dans leur pratique, comme le font les bons parents et les bons enseignants. En tant que tel, l'EM ressemble à une approche familière de l'aide, mais d'une manière affinée qui utilise l'écoute réflective pour guider la personne vers la résolution de son ambivalence vis-à-vis du comportement à changer. Apprendre l'EM implique de maintenir un objectif clair et du calme face à des mobiles souvent irrationnels et en apparence contradictoires, et de formuler des propos élaborés à partir d'une écoute réflective réfléchie dans le but de faciliter le changement.

10 – L'EM n'est pas une panacée

Finalement, l'EM n'a jamais été conçu comme une « école » de psychothérapie ou une forme globale de traitement. C'est un outil particulier destiné à un problème spécifique : lorsqu'une personne peut avoir besoin de changer de comportement ou de mode de vie et qu'elle se montre réticente ou ambivalente pour le faire. La consultation centrée sur le client de Rogers a été développée comme une théorie générale de l'approche du changement et on peut baser toute une pratique psychothérapeutique autour de cette méthode. Ça n'aurait guère de sens, de toute manière, d'avoir une pratique qui ne propose que l'EM. Il n'est clairement pas adapté pour gérer toutes les situations et les problèmes qui se présentent à un professionnel de la santé. Les gens qui sont déjà prêts au changement et il y a des preuves que cela peut ralentir leur progression par rapport à un traitement orienté sur l'action (Project MATCH Research Group, 1997 ; Rohsenow et coll, 2004 ; Stotts, Schmitz, Rhoades et Grabowski, 2001). L'EM n'a pas non plus a être utilisé pour aider les gens à faire un choix de vie pour lequel ça n'est pas l'affaire du clinicien de faire pencher la balance dans un sens ou dans l'autre, précisément parce que l'EM est déterminé pour favoriser la résolution de l'ambivalence dans une direction particulière. L'EM peut, par ailleurs, être combiné avec toutes sortes d'autres méthodes de traitements, et il y a des preuves que cela augmente l'impact clinique des deux (Hettema et coll, 2005).
Corrélativement, l'EM est une intervention relativement brève. Le Project MATCH Research Group avait, afin d'étirer l'intervention jusqu'à quatre séances, avait ajouté une évaluation structurée et deux séances de suivi pour former la « Thérapie Motivationnelle d'Amélioration » (Miller, Zweben, Di Clemente et Rychtarik, 1992).
Habituellement, dans le cadre d'une psychothérapie traditionnelle de 50 minutes, on attendrait pas de l'EM qu'il remplisse plus d'une ou deux séances. Si les individus n'avancent pas dans le sens du changement, cela n'a pas de sens de faire 16 séances d'EM, cela reviendrait à insister à les tirer vers le bas.
L'EM honore explicitement l'autonomie, l'aptitude et le droit irrévocable des gens à décider de leurs propres comportements. Au cours de consultations plus courtes, comme dans le domaine des soins de santé, l'EM peut être proposé par brefs moments au fil du temps, encore une fois dans le but d'explorer et de mobiliser les propres motivations intrinsèques de la personne pour le changement. On nous demande parfois : « Pouvez-vous faire de l'EM en cinq minutes ? » Pour nous, c'est comme la question « Pouvez-vous jouer du piano pendant cinq minutes ? ». Bien sûr que vous le pouvez. C'est une autre question que celle de la « dose » d'EM qui sera suffisante pour catalyser un changement de comportement, mais la littérature contient un certain nombre d'essai positifs avec un EM d'une durée relativement courte (Hettema et coll, 2005). Et pour clore ce sujet, nous pensons que, comme pour un concert de piano, deux à trois heures d'EM sont à peu près le maximum que les gens peuvent tolérer.

Alors, qu'est-ce que l'entretien motivationnel ?

Ayant différencié l'EM de dix choses avec lesquelles il ne doit pas être confondu, nous proposons une définition mise à jour de ce qu'il est. L'entretien motivationnel est une forme de guidance collaborative, centrée sur la personne, pour susciter et renforcer la motivation au changement.

Discussion

À coup sûr, l'entretien motivationnel est une méthode vivante et évolutive. Pour répondre à la fois à l'expérience clinique et aux avancées de la recherche, la façon que nous avions de penser et de décrire l'EM a changé. Par rapport à nos explications initiales, par exemple, nous mettons davantage l'accent sur l'esprit sous-jacent de l'EM. En réponse aux analyses psycholinguistiques d'Amrhein, nous avons modifié la façon dont nous avions conceptualisé le discours changement, et différencié son opposé – le discours maintien – de la résistance. La façon dont nous formions les cliniciens et les formateurs a significativement changé au cours des années et la publication de plus de 180 essais cliniques a clarifié les applications et les limites de l'EM.

Depuis le début, nous avons évité de déposer des brevets, de restreindre l'accès à l'EM ou de policer sa pratique. Cette méthode est maintenant si largement utilisée qu'elle ne peut être la propriété de qui que ce soit. Le MINT a plus généralement été enclin à partager ouvertement son matériel et ses vues plutôt qu'à protéger ses idées et ses secrets de fabrication.

Ce choix a un coût. Il n'y a pas eu de contrôle de qualité ni de responsabilité inhérents à la pratique ou à la formation à l'EM. Une diffusion rapide fait courir le risque qu'une méthode devienne confuse. La façon de comprendre ce qui constitue l'EM peut changer une chaîne de communication, comme dans le jeu « du téléphone arabe ». Les nouvelles conceptions ont fait leur chemin au travers de la pratique et des écrits, parfois sans réaliser qu'elles étaient des révisions. Les autres descriptions, y compris les nôtres, ont introduit de nouveaux termes pour décrire plus fidèlement les pratiques (Botelho, 2004 ; Miller et coll, 1992 ; Rollnick, Mason et Butler, 1999 ; Tober et Raistrick, 2007). Tout ceci est susceptible de créer de la confusion sur une méthode, tant pour le grand public que pour les professionnels.

Dans un sens, ça n'est pas un mal. Les appellations des thérapies vont et viennent, chacune comportant des noyaux de vérité aussi bien que des éléments superflus. La science de la psychologie clinique progresse en permettant de comprendre aussi bien des principes de base que des principes subtils de changement qui peuvent être appliqués de façon fiable dans le soulagement de la souffrance humaine. La compréhension de ces principes nous aide à savoir ce qui est vraiment important dans l'observance thérapeutique.

Les caprices d'un traitement, cependant, peuvent également nuire à la compréhension scientifique. L'efficacité spécifique d'une méthode de traitement est plus difficile à déterminer lorsque la façon dont elle est appliquée est très variable. C'est également vrai pour les facteurs « non spécifiques » ou « communs » supposés avoir un impact important sur le résultat d'un traitement. L'EM est une méthode de traitement particulière qui dispose de preuves d'efficacité assez encourageantes. La variété des résultats selon les essais, les sites et les thérapeutes incite d'autant plus à être clair sur ce qui, exactement, constitue et ne constitue pas cette méthode de traitement. Il y a dans la littérature des essais négatifs dans lesquels « l'EM » testé n'a qu'une lointaine ressemblance avec la méthode clinique que nous avons décrite (par exemple Kuchipudi, Hobein, Fleckinger et Iber, 1990). A cet égard, être clair sur ce que l'on entend lorsque l'on parle de faire de l'EM est important. Un consensus professionnel sur les limites et le champ d'application d'une méthode clinique spécifique peut aussi servir à protéger les gens qui cherchent à obtenir de l'aide d'un traitement validé particulier. De ce point de vue, nous espérons que nos observations seront utiles.

ANNEXE 5 : Formation : contenu détaillé

trajectoire SANTÉ

www.TrajectoireSante.org

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Entretien motivationnel en médecine générale

L'entretien motivationnel est un style de communication qui permet au médecin généraliste d'augmenter significativement l'impact de ses interventions auprès des patients dont la santé nécessite un changement de comportement ; Collaboratif et centré sur le patient, ce style de communication, dont l'efficacité a été démontrée scientifiquement, permet de guider le patient dans la construction de sa motivation intrinsèque au changement.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

A l'issue de la formation, les participants seront capables de :

- Définir l'entretien motivationnel : esprit, outils, stratégies
- Définir les conditions d'une écoute de qualité centrée sur le patient
- Mettre en œuvre les outils de communication de base de l'entretien motivationnel
- Décrire les composantes de la motivation du patient
- Décrire les étapes du modèle transthéorique du changement de comportement de Prochaska.
- Identifier et définir les différents types de discours chez le patient
- Utiliser des techniques permettant de susciter le discours changement et le discours confiance
- Susciter la divergence
- Repérer la résistance
- Adopter une attitude efficace face à la résistance
- Repérer la disposition du patient à mettre en œuvre le changement
- Soutenir le patient lors de son entrée dans la phase d'engagement vers le changement
- Identifier ses propres points forts et ses points à optimiser dans la relation avec le patient.

PRE REQUIS

- Aucun

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

- Analyses de pratiques
- Mises en situation
- Etudes de cas
- Analyses de vidéos
- Apports théoriques
- Dossier documentaire

Evaluation :
Assiduité, analyse de pratique et mises en situation

INTERVENANTS FORMATEURS

- Florence DA SILVA
  Formatrice en entretien motivationnel
  Formatrice et consultante en éducation thérapeutique

PUBLIC CONCERNÉ

- Internes de médecine générale

3 x 1 jour soit 18 heures.
- Groupe 1 : 8 janvier, 5 février, 13 mai 2013
- Groupe 2 : 15 janvier, 8 février, 14 mai 2013

ogdpc

TRAJECTOIRE SANTÉ
24 avenue Marcel Dassault 37200 TOURS

Tel : 02.47.25.44.60.
formation@trajectoiresante.org

trajectoire SANTÉ

PROGRAMME

Module 1 : l'esprit et les outils de base

- Connaissances et représentations de l'EM, attentes des participants
- L'esprit de l'EM : éviter la persuasion, rouler avec la résistance, s'appuyer sur les ressources du patient
- Les modèles théoriques explicatifs des changements de comportement : Modèle des croyances de santé, modèle transthéorique du changement
- Ambivalence et motivation au changement
- Composantes de la motivation : importance, confiance, disposition
- Outils de communication de base, vue d'ensemble : « OUVER »
- Les questions ouvertes et les reflets : intérêts, pratique
- Définition d'objectifs individuels pour l'intersession

Module 2 : l'exploration et la résolution de l'ambivalence

- Renforcement des compétences « OUVER »
- Susciter le discours changement
- Susciter le discours confiance
- L'exploration de l'ambivalence
- Les valeurs et la divergence dans la résolution de l'ambivalence
- Définition d'objectifs individuels pour l'intersession

Module 3 : la directivité en entretien motivationnel

- Analyse des expérimentations des participants au cours de l'intersession
- Rappels sur les messages clés des deux premiers modules
- La directivité avec un patient non impliqué : rouler avec la résistance, susciter le discours changement, susciter le doute, informer
- La directivité avec le patient ambivalent : Explorer l'ambivalence, explorer les valeurs, susciter la divergence
- La directivité avec le patient décidé à changer : évaluer la disposition, renforcer le discours d'engagement, négocier le plan de changement
- La directivité avec un patient en rechute : analyser les causes, réengager dans le changement
- Mise en lumière des compétences acquises

TRAJECTOIRE SANTÉ
24 avenue Marcel Dassault 37200 TOURS

Tel : 02.47.25.44.60.
formation@trajectoiresante.org

ANNEXE 6 : Courriel aux internes

Bonjour,

Vous êtes inscrits au séminaire Entretien Motivationnel
Dans le cadre de mon travail de thèse portant sur l'impact d'une formation à l'Entretien Motivationnel sur la pratique des internes de médecine générale j'ai besoin de votre participation.

Il s'agit d'entretiens par skype d'une vingtaine de minutes : un jeu de rôles mettant en scène un patient standardisé (moi) et un médecin (vous).
Il y aura un enregistrement avant et un autre après la formation.
Les enregistrements seront anonymes.
Vous êtes 24 inscrits à la formation et dans l'idéal j'aurais besoin de vous tous.

Vos coordonnées m'ont été fournies par le DUMG.

Sauf désaccord de votre part je vous contacterai par téléphone pour convenir d'un créneau de RDV skype pour la réalisation de cet entretien qui se déroulera au cours de la période entre votre inscription et le premier jour de votre formation (le 08/01 pour le groupe 1 et le 15/01 pour le groupe 2).

Si vous pouvez dès à présent me donner par mail vos disponibilités en terme de jours ce sera parfait ! (les soirs et weekends également)

Merci par avance de votre participation. Il va sans dire que je ne pourrais pas faire ce travail sans vous.

Je vous joins en fin de ce mail un lien pour télécharger skype (pour ceux qui ne l'utiliseraient pas déjà) et vous demanderais de me communiquer l'adresse mail de votre compte skype pour le moment de l'entretien.

Morgane Vidaillac interne en médecine générale en 5ème semestre.
Coordonnées

http://www.skype.com/intl/fr/get-skype/

ANNEXE 7 : Cas cliniques

Libellés des cas envoyés par mail aux internes avant les entretiens enregistrés :

CAS DIABETE

Vous recevez une femme de 55 ans pour le renouvellement de son traitement pour le diabète. Le diagnostic a été posé il y a 6 mois. Après 3 mois de mesures hygiéno-diététiques peu appliquées, le médecin chez qui vous êtes en stage a introduit des biguanides. Elle vient avec un bilan biologique relevant une HBA1c à 8%. Le reste du bilan est normal. Elle se montre peu inquiète des risques pour sa santé.
Vous souhaitez reprendre avec elle l'intérêt de ce traitement et du contrôle glycémique pour une meilleure observance thérapeutique.

CAS TABAC ET GROSSESSE

Vous recevez une femme de 30 ans, enceinte pour la première fois. Elle vient pour sa déclaration de grossesse. Elle est a 14 SA et les résultats de sa première échographie obstétricale sont normaux. Vous êtes en stage chez son médecin traitant et le dossier mentionne un tabagisme à 20 PA. Vous avez fait l'examen et la déclaration.
L'entretien commence quand vous abordez le tabac.

CAS TABAC ET SCA

Vous recevez en consultation une femme de 60 ans après sa sortie de l'hôpital pour syndrome coronarien aigu. Elle est sortie avec le traitement « BASIC » et vient pour son renouvellement. Elle a eu peur et vous dit être décidée à prendre ses médicaments. Vous êtes en stage chez son médecin traitant et le dossier mentionne un tabagisme à 40 PA.
L'entretien commence quand vous abordez le tabac.

ANNEXE 8 : MITI :

MITI : Codage et interprétation

Interviewer : _____ **Séquence :** _____

Codeurs : _____ **Date du codage :** _____

SCORES GLOBAUX

Evocation		1 Bas	2	3	4	5 Élevé
Collaboration		1 Bas	2	3	4	5 Élevé
Autonomie / Soutien		1 Bas	2	3	4	5 Élevé
Direction		1 Bas	2	3	4	5 Élevé
Empathie		1 Bas	2	3	4	5 Élevé

DÉCOMPTE DES COMPORTEMENTS

Donner de l'information			
Adhérence à l'EM	Demander la permission, valoriser, encourager l'autonomie personnelle, soutenir		
Non-Adhérence à l'EM	Conseiller, confronter, diriger		
Question (sous-classifier)	Questions fermées		
	Questions ouvertes		
Reflet (sous-classifier)	Simples		
	Complexes		
	Total des Reflets		

Première phrase : _____

Dernière phrase : _____

SCORES ET INTERPRETATIONS

Décompte des comportements ou seuils de scores totaux	**Débutants**	**Entraînés**	**Interviewer**
Scores globaux du thérapeute	Moyenne de 3,5	Moyenne de 4	/
Rapport Reflets/Questions (Total R/Total Q)	1	2	
% Questions Ouvertes (QO/Total Q)	50%	70%	
% Reflets Complexes (RC/Total R)	40%	50%	
% Adhérence à l'EM (Adh/Adh+NonAdh)	90%	100%	

Liste des codes MITI

EVOCATION	(Score global d'évocation)
COLLABORATION	(Score global de collaboration)
AUTONOMIE / SOUTIEN	(Score global d'autonomie/soutien)
DIRECTION	(Score global de direction)
EMPATHIE	(Score global d'empathie)
ESPRIT	(Score global de l'esprit EM = moyenne d'évocation, collaboration, autonomie/soutien)
DI	(Donner de l'Information)
Adh-EM	(Adhérence à l'EM)
NAdh-EM	(Non-Adhérence à l'EM)
QO	(Question Ouverte)
QF	(Question Fermée)
Rs	(Reflet simple)
Rc	(Reflet complexe)

Note : Des codages transcrits d'entretiens motivationnels effectués dans le cadre des entraînements professionnels sont disponibles pour vous assister dans votre apprentissage de l'utilisation du MITI. Pour faciliter l'apprentissage, chaque entretien est codé 2 fois : une fois pour les scores globaux et une fois pour le décompte des comportements, même si, en pratique, les 2 tâches sont effectuées simultanément. Ces transcriptions, ainsi que le manuel MITI peuvent être téléchargés du site http://casaa.unm.edu.

Extrait du chapitre 28 « Evaluer les conversations motivationnelles ». Edition 2013 Miller et Rollnick.

Scores globaux :

Avoir une définition claire améliore la fiabilité des scores – le niveau de correspondance entre les réponses de deux cotateurs indépendants.

Exemple sur le niveau d'empathie de l'intervenant : une définition opérationnelle de l'empathie de l'intervenant :
Repères pour coder sur l'échelle d'empathie de 1 à 5 :

1. Le clinicien n'a aucun intérêt apparent pour le point de vue du client. Il ne prête que peu ou pas d'attention à sa façon de voir.
   Exemples :
   - Poser seulement des questions à la recherche d'information (souvent avec une raison cachée).
   - Rechercher des informations factuelles sans avoir l'intention de comprendre le point de vue du client.
2. Le clinicien fait des efforts sporadiques pour explorer le point de vue du client. La compréhension du clinicien peut être inexacte ou se détourner de la véritable pensée du client.
   Exemples :
   - Le clinicien fait des reflets mais il se trompe dans l'interprétation de ce que le client dit.
   - Le clinicien est superficiel dans sa tentative de comprendre le client.
3. Le clinicien essaie activement de comprendre le point de vue du client, avec un succès modeste.
   Exemples :
   - Le clinicien fait preuve d'une empathie moyenne vis-à-vis du client.
   - Le clinicien peut faire quelques reflets précis, mais en mettant à côté.
   - Le clinicien peut tenter de capter la pensée du client pendant la séance, mais n'y réussit qu'avec un succès mitigé.
4. Le clinicien fait preuve d'une compréhension précise de la vision du monde du client. Il fait des efforts actifs et répétés pour comprendre son point de vue. La compréhension est le plus souvent limitée au contenue explicite.
   Exemples :
   - Le clinicien montre de l'intérêt pour le point de vue ou la situation du client.
   - Le clinicien fait des reflets approfondis de ce que le client at dit.
   - Le clinicien communique efficacement sa compréhension du point de vue du client.
5. Le clinicien fait preuve d'une compréhension approfondie du point de vue du client, non seulement de ce qui est explicite mais de ce que le client pense et n'a pas dit.
   Exemples :
   - Le clinicien communique de façon efficace sa compréhension du client au-delà de ce que celui-ci dit au cours de la séance.
   - Il montre un grand intérêt pour le point de vue ou la situation du client.
   - Il essaie de « se mettre dans les habites du client ».
   - Il encourage souvent le client à élaborer, au-delà de ce qui est nécessaire pour simplement suivre l'histoire.
   - Il utilise de nombreux reflets complexes justes.

Mesures pratiques plus spécifiques : les comportements

L'approche classique consiste à compter les occurrences. Ici aussi, vous avez besoin d'une définition claire de ce que vous êtes en train d'écouter afin de le reconnaître quand vous l'entendez et d'améliorer la fiabilité intercotateurs. Avec une mesure fiable, deux cotateurs indépendants arriveront aux mêmes chiffres.

Exemple de définition d'un type d'intervention que l'on peut dénombrer (le reflet) : une définition opérationnelle d'un client :

Les phrases d'écoute réflective sont faites par le clinicien en réponse aux phrases du client. Un reflet peut introduire un nouveau sens ou de nouveaux éléments, mais il capture et renvoie essentiellement aux clients quelque chose de ce qu'ils ont dit.

Les reflets simples transmettent la compréhension ou facilitent les échanges client-clinicien. Ces reflets n'ajoutent que peu ou pas de sens (ou d'accent) à ce que les clients ont dit. Ils peuvent souligner des émotions très importantes ou intenses, mais ils ne vont pas au-delà de l'interprétation originale contenue dans la phrase du client.

Les reflets complexes ajoutent du sens ou mettent l'accent sur ce que le client a dit. Ces reflets servent à transmettre une image plus profonde ou plus complexe de ce qui a été dit. Parfois le clinicien peut choisir de mettre l'accent sur un élément particulier de ce qui a été dit afin de faire un point ou de diriger la conversation dans une direction différente. Il peut ajouter du contenu subtil ou très évident aux mots du client, ou bien il peut combiner ses affirmations afin de former des résumés complexes.

Lorsqu'un cotateur ne peut pas distinguer entre un reflet simple et un reflet complexe, il le classe par défaut comme un reflet simple.

ANNEXE 9 : Questionnaire T0

QUESTIONNAIRE EVALUATION FORMATION T0

Age :
Semestre :
Stages antérieurs :

-Avez-vous déjà participé à une formation dans le domaine de la communication ?
Si oui laquelle ?

-Avez-vous déjà participé à une formation en Entretien Motivationnel ?
Si oui laquelle ?

-Quelle(s)stratégie(s) utilisez-vous dans la prise en charge des comportements à risque en santé ?

-Sur une échelle de 0 à 10 quelle est l'importance que vous accordez à l'intégration de l'Entretien Motivationnel dans votre pratique ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout important Très important

-Sur une échelle de 0 à 10 quelle est votre confiance dans le fait de parvenir à intégrer l'Entretien Motivationnel dans votre pratique ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout confiant Très confiant

-Sur une échelle de 0 à 10 à quel point êtes-vous prêts à intégrer l'Entretien motivationnel dans votre pratique ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout prêt Très prêt

ANNEXE 10 : Questionnaire T2

QUESTIONNAIRE EVALUATION FORMATION T2

Sexe :
Age :
Semestre :
Stages antérieurs :
Stages pendant la formation :
Activité de consultation ? oui / non
Avez-vous participé aux 3 journées de formation ? Si non, quelle(s) journée(s) avez-vous manqué ?

-Quelle(s)stratégie(s) utilisez-vous dans la prise en charge des comportements à risque en santé ?

-Sur une échelle de 0 à 10 quelle est l'importance que vous accordez à l'intégration de l'Entretien Motivationnel dans votre pratique ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout important Très important

-Sur une échelle de 0 à 10 quelle est votre confiance dans le fait de parvenir à intégrer l'Entretien Motivationnel dans votre pratique ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout confiant Très confiant

-Sur une échelle de 0 à 10 à quel point êtes-vous prêts à intégrer l'Entretien motivationnel dans votre pratique ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout prêt Très prêt

-Avez-vous utilisé l'Entretien Motivationnel ? Si non, pourquoi ?

-Dans quels domaines trouvez-vous l'EM utile ? inutile ou inadapté ?

-Dans votre pratique qu'est-ce-qui a été facile à mettre en œuvre ?

-Dans votre pratique qu'est-ce-qui a été difficile à mettre en œuvre ?

-Avez-vous noté un changement dans la qualité relationnelle des entretiens ? Si oui lequel ?

-Sur une échelle de 0 à 10 comment a évolué votre confiance dans vos compétences à prendre en charge les patients aux comportements à risque en santé ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Que vous faudrait-il pour ajouter + 2 à votre chiffre ?
-Avez-vous des suggestions sur d'éventuelles améliorations à apporter à la formation qui vous a été proposée ?

ANNEXE 11 : Détail des scores MITI par participant

Participant N°	Evocation 0	Evocation 1	Collaboration 0	Collaboration 1	Autonomie 0	Autonomie 1	Direction 0	Direction 1	Empathie 0	Empathie 1	Scores globaux ESPRIT 0	scores globaux ESPRIT 1
1	1	4	1	4	1	4	5	5	1	4	1	4
2	2	4	1	4	1	3	5	5	1	3	1,33	3,66
3	2	4	2	4	2	4	5	3	1	3	2	4
4	1	4	2	4	2	4	5	5	1	3	1,66	4
5	2	4	2	3	2	3	5	5	2	4	2	3,33
6	2	4	2	4	2	4	5	5	2	4	2	4
7	1	4	1	4	1	4	5	4	1	3	1	4
8	1	3	2	3	2	3	4	5	1	2	1,66	3
9	1	4	2	4	2	3	5	5	1	3	1,66	3,66
10	4	4	3	4	4	4	5	4	2	3	3,66	4
11	2	4	2	4	1	4	5	4	1	4	1,66	4
12	3	4	3	3	3	4	5	5	1	3	3	3,66
13	1	3	1	2	2	3	5	5	1	3	1,33	2,66
14	2	3	2	3	2	4	5	4	2	3	2	3,33
15	1	2	1	3	1	3	5	5	1	1	1	2,66
16	3	4	3	4	4	4	5	5	3	4	3,33	4
17	2	4	2	3	3	3	4	3	2	3	2,33	3,33

Participant N°	Info 0 (informer)	Info 1	Adh 0 (Adhésion à l'EM)	Adh 1	Nadh 0 (Non adhé-sion à l'EM)	Nadh 1	%age Adh 0	%age Adh 1
1	10	4	0	7	20	1	**0%**	**88%**
2	17	3	0	3	10	4	**0%**	**43%**
3	4	5	3	4	10	1	**23%**	**80%**
4	14	4	1	2	13	4	**7%**	**33%**
5	13	10	1	4	7	1	**13%**	**80%**
6	4	7	0	6	4	0	**0%**	**100%**
7	20	3	0	4	9	3	**0%**	**57%**
8	8	5	0	2	13	1	**0%**	**67%**
9	7	6	0	7	20	6	**0%**	**54%**
10	3	10	2	7	5	1	**29%**	**88%**
11	5	3	0	6	7	1	**0%**	**86%**
12	0	9	2	6	7	1	**22%**	**86%**
13	10	3	1	5	14	1	**7%**	**83%**
14	8	1	2	5	6	2	**25%**	**71%**
15	2	6	0	2	13	3	**0%**	**40%**
16	7	3	1	4	1	2	**50%**	**67%**
17	12	4	2	4	6	4	**25%**	**50%**

« 0 » signifie « avant », et « 1 » signifie « après »

Participant N°	QF 0 (Questions Fermées)	QF 1	QO 0 (Questions Ouvertes)	QO 1	QO/QF+QO 0	QO/QF+QO 1
1	15	4	6	8	**29%**	**67%**
2	15	13	4	8	**21%**	**38%**
3	12	18	5	12	**29%**	**40%**
4	16	8	3	13	**16%**	**62%**
5	16	3	14	13	**47%**	**81%**
6	11	8	8	20	**42%**	**71%**
7	7	10	2	16	**22%**	**62%**
8	15	6	8	8	**35%**	**57%**
9	22	8	9	6	**29%**	**43%**
10	10	12	9	15	**47%**	**56%**
11	19	4	3	15	**14%**	**79%**
12	13	18	10	11	**43%**	**38%**
13	14	7	3	5	**18%**	**42%**
14	13	15	9	20	**41%**	**57%**
15	14	9	0	6	**0%**	**40%**
16	8	3	11	9	**58%**	**75%**
17	22	16	2	5	**8%**	**24%**

Participant N°	RS 0 (reflets simples)	RS 1	RC 0 (reflets com-plexes)	RC 1	Total R 0	Total R 1	RC/RS+RC 0	RC/RS+RC 1	R/Q 0	R/Q 1
1	0	3	0	7	0	10	**#DIV/0**	**70%**	**0,00**	**0,83**
2	4	8	0	4	4	12	**0%**	**33%**	**0,21**	**0,57**
3	2	5	3	1	5	6	**60%**	**17%**	**0,29**	**0,20**
4	1	8	1	1	2	9	**50%**	**11%**	**0,11**	**0,43**
5	0	5	0	6	0	11	**#DIV/0**	**55%**	**0,00**	**0,69**
6	5	15	2	12	7	27	**29%**	**44%**	**0,37**	**0,96**
7	0	7	0	7	0	14	**#DIV/0**	**50%**	**0,00**	**0,54**
8	1	9	0	3	1	12	**0%**	**25%**	**0,04**	**0,86**
9	2	6	2	1	4	7	**50%**	**14%**	**0,13**	**0,50**
10	4	6	5	7	9	13	**56%**	**54%**	**0,47**	**0,48**
11	4	11	1	4	5	15	**20%**	**27%**	**0,23**	**0,79**
12	0	3	0	1	0	4	**#DIV/0**	**25%**	**0,00**	**0,14**
13	1	8	0	5	1	13	**0%**	**38%**	**0,06**	**1,08**
14	0	8	1	2	1	10	**100%**	**20%**	**0,05**	**0,29**
15	0	6	0	0	0	6	**#DIV/0**	**0%**	**0,00**	**0,40**
16	6	11	1	4	7	15	**14%**	**27%**	**0,37**	**1,25**
17	1	7	1	5	2	12	**50%**	**42%**	**0,08**	**0,57**

« 0 » signifie « avant », et « 1 » signifie « après »

ANNEXE 12 : Verbatim complet des questionnaires

REPONSES AUX QUESTIONS OUVERTES AU QUESTIONNAIRE T0

Quelles stratégies utilisez-vous dans la prise en charge des comportements à risque en santé ?

1 « répéter les conseils ; mise au point à chaque consultation »
2 « instaurer une relation médecin patient de confiance ; partir des connaissances du patient »
3 « explication du risque ; comment faire pour en changer ; évaluation rapprochée »
4 « le rappeler au patient ; information ; décision partagée ; micro-objectifs »
5 « essayer de mettre en place des stratégies d'entretien motivationnel (notions acquises par mes recherches, par stage de niveau1) ; faire prendre conscience au patient de ses comportements à risque pour induire changement ; informer quand même sur impact des comportements à risque »
6 « explications médicales »
7 « information sur les risques »
8 « discussion un sujet à la fois ; intervention selon motivation du patient »
9 « pas de stratégie particulière »
10 « j'essaye de repérer si le patient considère également ce comportement comme à risque et s'il a ou a déjà eu une volonté de changement. Si non, j'informe. Si oui, je renforce la motivation et accompagne en fonction des besoins. »
11 « j'utilise une stratégie de sensibilisation, d'information en fonction des connaissances du patient sans le culpabiliser et laisser une ouverture à la discussion. »
12 « prévention ; explications des risques ; entretien motivationnel »
13 « responsabilisation ; explication »
14 « laisser parler le patient, ne pas utiliser « il faut », lui laisser amener la solution en l'orientant »
15 « entretien, information sur les risques encourus, discussion, laisser le temps »
16 « évaluation motivation, recherche bénéfices/risques à l'arrêt du comportement à risques, recherche éléments motivationnels, définition d'objectifs raisonnables »
17 « informations en essayant de ne pas être moralisateur ou de porter de jugement ; tentatives de proposer des aides pour remédier aux comportements à risques. »
18 « écoute ; empathie : information claire »
19 « explication, éducation thérapeutique »
20 « dialogue+++, temps de consolidation plus long, se revoir plusieurs fois de manière rapprochée avec le patient et glisser le message à chaque consultation »
21 « explication objective du patient en essayant de le responsabiliser pour le rendre acteur de sa prise en charge »
22 « entretien ; discussion ; information ; temps de réflexion »
23 « rien de bien précis… »

REPONSES AUX QUESTIONS OUVERTES AU QUESTIONNAIRE T2

Quelles stratégies utilisez-vous dans la prise en charge des comportements à risque en santé ?

5 « faire le point sur la situation de chaque patient voir quelles sont ses attentes, quelles sont ses angoisses, ses motivations à changer, voir à quel stade il en est travailler sur l'ambivalence
le faire sans a priori et sans donner son avis mais plutot centré sur le patient et ses croyances »
9 « conseil minimal, questions ouvertes, voir ou en est le patient , le faire se poser des questions , ne pas forcer »
19 « renforcement positif sur les conduites non à risque qui existent, sondage du patient pour savoir où il en est de sa décision de changement »
12 « repérage/ évaluation du comportement et du risque
évaluation du statut et de la conscience du patient de son comportement et de ses risques
prévention
entretien motivationnel pour aider le patient à changer »
4 « entretien motivationnel, éducation thérapeutique »
6 « reformulations, évaluation de l'ambivalence, questions ouvertes »
17 « travail sur ambivalence, travail sur avantage/inconvenient au changement, balance décisionnelle, valoriser, déculpabiliser, encourager »
3 « questions ouvertes, sensibilisation avec informations biomédicales »
8 « Ecoute active, Attitude d'empathie et de compréhension, Renforcement positif, Reformulation des problemes, Repérage du niveau d'ambivalence et des points de resistance et de difficulté du patient, Amener le patient à trouver ses propres reponses, Proposer un suivi et des objectifs +/- simples pour les prochaines consultations »
2 « évaluation de la conscience du comportement a risque et du stade de sa motivation, recherche de valeurs du patients afin qu'il trouve des raisons/motivations à diminuer ou arreter son comportement a risque, puis renforcement positif et valorisation du patient, mettre en lumiere/souligner les avantages à arreter le comportement et les desavantages à continuer, prevoir avec le patient une strategie en cas de difficulté ou rechute. »
16 « écoute ++ avec reformulation pour être sûr d'avoir compris, questions ouvertes »
1 « Questions ouvertes, reflets, reformulations, écoute attentive... »
13 « evaluation des connaissances, pas de mises en responsabilite mais evaluation des notions de danger par le patient, recherche d'elements »
10 « Je repère ou en est le patient vis a vis de son comportement a risque. S'il ne parait pas impliqué, je suscite la réflexion sur le sujet et laisse la porte ouverte pour une prochaine consultation. Si il est impliqué j'explore son ambivalence et je recherche ses valeurs pour résoudre son ambivalence. Dans tous les cas j'évite de créer de la résistance, je fais en sorte que le patient passe un "bon moment", qu'il se sente écouté via de l'écoute active avec des reflets lui faisant percevoir qu'il est compris. Je guide l'entretien, sans précéder le patient dans les étapes menant au changement, je le valorise en mettant en lumière les qualités et les soutiens sur lesquels il peut s'appuyer, ses réussites passées ou les éléments nouveaux qui sont des "chances de son côté". Je dis ma disponibilité. Je l'aide à trouver sa démarche de changement, si je veux soumettre une idée j'en demande la permission. »
18 « Information claire adaptée ; Ecoute attentive »
7 « information, techniques de communication de l'entretien motivationnel (questions ouvertes +++ et reformulation surtout) »
20 « La formation a modifié mes stratégies : écoute ++, questions ouvertes, et ne pas insister quand l'interlocuteur n'est pas prêt. En parler, mais ne pas forcer. »
15 « vais essayer de faire plus d'entretien motivationnel »

Dans votre pratique qu'est ce qui a été facile à mettre en œuvre ?(ont tous répondu « oui » à la question avez-vous utilisé l'EM, sauf 1 Q15)

5 « les reflets, les questions ouvertes, travail sur la mise en évidence d'ambivalence »
9 « questions ouvertes reformulation renforcement positif »
19 « interrogation pour savoir ou en est le patient, exploration de l'intention, des plans d'actions dans la dépression »
12 « pas toujours »
4 « les outils (reflet, miroir…), exploration ambivalence, maintien changement »
6 « reformulations simples, valorisation, questions ouvertes »
17 « l'action, mettre en application l'envie de changer, plan concret
j'ai encore besoin de temps dans les consultations, pour réfléchir à ce que je vais dire pour faire avancer l'entretien (quelques frustrations dans ces moments) »
3 « questions ouvertes, exploration ambivalence »
8 « L'ecoute active, La reformulation »
2 « évaluation du stade de motivation, laisser une porte ouverte si besoin, écoute active avec reformulations,résumés, »
16 « reformulation simple »
1 « les questions ouvertes, les reformulations »
13 « detecter les situations propices à l'entretien motivationnel »
10 « Toutes les techniques sont faciles à mettre en oeuvre, mais pas en même temps !
L'appropriation est facile, mais progressive. Il m'a paru nécessaire de bien assimiler les outils avant de mettre en place les stratégies. Et puis au fur et a mesure j'étoffe et j'affine, pour aller vers plus d'efficacité et de naturel. »
18 « Ecoute réflexive, Empathie »
7 « quelques questions ouvertes »
20 « Les questions ouvertes, et l'écoute réflective »
15 « 1ere question : ou en etes vous ? »

Dans votre pratique qu'est-ce qui a été difficile à mettre en œuvre ?

5 « travail sur le long terme, suivi dans l'entretien, ne pas aller trop vite dans la mise en place des objectifs »
9 « identifier le stade ou en est le patient "diriger" »
19 « exploration de l'ambivalence, prend du temps »
12 « de laisser le patient trouver les solutions tout seul sans qu'on lui propose.
De prendre le temps de laisser progresser le patient à son rythme. »
4 « discours changement »
6 « reflets complexes »
17 « l'action, le plan d'action pour changer, la mise en application de l'envie de changer »
3 « guider vers l'ambivalence, laisser le patient trouver des solutions de lui même »
8 « L'evaluation du niveau d'ambivalence
La recherche de l'expression par le patient lui meme des reponses
Le suivi regulier (dans le cadre du statut d'interne »)
2 « strategie globale c'est a dire avoir un but a chaque seance en s'adaptant au progres du patient et du jour, recherche de valeurs »
16 « laisser parler les patients »
1 « amener le patient a trouver lui même ses solutions, les reflets complexes, mettre en valeur l'ambivalence »
13 « trouver les personnes ressources, maintenir l'intention et le comprortement de changement »

10 « En tant qu'interne ou remplaçant, on est pas l'interlocuteur privilégié, du coup je n'ai pas pu faire beaucoup de suivi, donc je n'ai pas pu accompagner un même patient sur plusieurs étapes »
18 « Absence de directivité »
7 « un entretien plus approfondis avec mis en oeuvre des stratégies qui prennent plus de temps »
20 « Diriger l'entretien et ne pas se laisser enfermer par un discours négatif du patient »
15 « pas de suivi dans mon activité »

Dans quels domaines trouvez-vous l'EM utile ?

5 « tout, mais plus particulierement travail sur le tabac, le poids, les maladies chroniques »
9 « tabac, alcool, education therapeutique, nutrition, état anxio depressifs »
19 « entretiens avec patients dépressifs »
12 « pour l'éducation thérapeutique, pour aider à améliorer l'observance et l'adhésion du patient vis a vis de son traitement, pour accompagner le patient dans un changement de comportement à risque. Dans la relation globale que nous avons avec nos patient
En prévention primaire et surtout secondaire »
4 « tabacologie, psychiatrie, nutrition »
6 « ce n'est pas vraiment l'entretien motivationnel en tant que tel mais les outils qui me semble utile, l'entretien motivationnel n'est pas une fin en soi mais doit être intégré aux soins
je l'utilise pas mal chez les patients avec des troubles du sommeil, ou des pathologies chroniques »
17 « tabac, alcool et tout autre drogues, diététique, surpoids/obésité, maladie chronique: diabète, cardio vasculaire »
3 « Addictions, pathologie chronique et compliance au traitement, perte de poids, psychiatrie »
8 « Addictions, Obesité et risques CV, Diabete, Nutrition , hygyene de vie en preventif dans certains cas »
2 « beaucoup!! psychologie, psychiatrie, médecine: maladie chronique, comportement a risque.... »
16 « tous ! surtout arret du tabac, aide a la perte de poids, prise des ttt, pb psychologiques »
1 « tabacologie, prise en charge des maladies chroniques où l'implication du patient est indispensable (diabète,HTA,obésité...) »
13 « addictologie, education therapeutique, psychiatrie légére »
10 « Addicto, contrôle du poids, tout domaine dans lequel le patient a un comportement qui nuit à sa santé : inobservance médicamenteuse, suivi médical insuffisant, examens complémentaires non réalisés, refus des vaccinations, etc...
L'approche non dirigiste et les techniques de communications propres à l'EM sont une base très profitable pour une relation de confiance et de respect mutuel. A mon sens, c'est un pré requis pour toute consultation de médecine générale. Ensuite les stratégies s'appliquent aux domaines pré cités »
18 « Addictologie, RHD des pathologies chroniques »
7 « éducation thérapeutique des maladies chroniques, comportements à risque »
20 « Tabac, Alcool, Changement de comportement alimentaire »
15 « addiction tabac alcool »

Dans quels domaines trouvez-vous l'EM inutile ?

5 « aucun, on ne peut peut-être pas utiliser tous les outils de l'EM mais certains éléments sont utiles dans toute situation »
9 « situations aigues graves »
19 « ?? »
12 « prise en charge de pathologie bénignes épidémiques »
4 « urgences »
6 « idem, pour moi pas une fin en soi mais permet de pas mal dédramatiser des problèmes organiques "simples" et sans explication en utilisant les questions ouvertes "qu'est ce qui vous fait peur dans ce symptôme" »
17 « maladie aigue sans rapport avec le chronique »
3 « pathologie aigue infectieuse, pédiatrie »
8 « Pathologies aigues »
2 « moins utile: dans les pathologies aigues, prévalentes telles qu'une angine..encore que l'écoute active n'est pas une mauvaise chose.. »
16 « aucun »
1 « patient non impliqué, maladies aiguës »
13 « toutes les pathologie organique ne nécessitant aucune prise en charge extrasomatique du patient »
10 « Aucun, en particulier j'ai entendu dire que quand le patient ne se sent pas concerné il n'y a rien à faire, ou que quand il a encore le plaisir de fumer ce n'est même pas la peine de l'aborder, etc... Je trouve qu'au contraire l'EM permet d'aborder la question et susciter la réflexion là ou il n'y en avait pas, de semer le doute.
Quand on aborde un problème médical ne relevant pas d'un problème de comportement via les techniques de communication de l'EM, à mon avis on respecte la responsabilité du patient vis à vis de sa santé et on augmente son adhésion et son observance. »
18 « Patient dans le déni
Pathologies quotidiennes ne nécessitant pas un changement de comportement de la part du patient »
7 « … »
20 « On peut intégrer beaucoup d'outils dans n'importe quelle discussion; la personne se sentira plus écoutée »
15 « aucun »

Avez-vous noté un changement dans la qualité relationnelle de vos entretiens ? Si oui lequel ?

5 « oui, je me sens plus dans la communication, dans l'écoute, centrée sur le patient et sur ses attentes, ses difficultés
j'ai le sentiment que le patient se sent plus compris et écouté »
9 « non »
19 « non, mais je ne l'utilise surement pas assez, en plus en saspas je revois rarement les patients »
12 « oui
je me sens plus à l'écoute de mes patients
j'ai noté un changement de comportement de mes patients lorsqu'on aborde des comportement à risque (moins sur la défensive…)
les patients me disent se sentir entendus et compris »
4 « oui, discours sans animosité de part et d'autre »
6 « oui, plus d'empathie, les patients repartent plus souvent avec des remerciements, les reformulations et le non verbal leur permet de comprendre qu'ils ont été écoutés »

17 « difficile à dire, je me sens peut être moins frustrée quand ça n'avance pas et ça laisse plus au patient le temps de cheminer, j'essaie moins de lui proposer des solutions toutes faites et le laisse m'en trouver »
3 « oui, facilité dans l'échange avec les personnes atteintes d'un syndrome dépressif, non nécessité d'un examen physique lors d'une consultation ou d'un traitement médicamenteux
surtout dans le domaine de la psychiatrie »
8 « Oui , Ecoute plus active avec des outils qui permettent d'avancer un peu plus dans la reflexion, Resultats globaux sur la satisfaction des patients »
2 « oui, les patients sont au coeur de leurs problemes médicaux, et semblent contents d'avancer ensemble »
16 « oui. meilleure écoute et compréhension des attentes des patients »
1 « non, je n'ai pas pu faire assez d'entretiens »
13 « non »
10 « Oui, je me sens plus naturelle dans l'entretien et je guide avec plus de fluidité. J'évite mieux les résistances, je sais mieux "rouler avec"! »
18 « oui chez un patient: 1 sevrage OH efficace (pour l'instant). Le patient inacessible à la discussion avant ma tentative de pratique de l(entretien motivationnel. »
7 « oui, patient plus apaisé et plus sastifait en fin de consultation, remerciement »
20 « Je n'en ai pas encore fait assez »
15 « non »

Que vous faudrait-il pour ajouter +2 au chiffre mentionné ci-dessus ? (réponse chiffrée entre 0et 10 sur échelle de confiance en leur compétence dans la prise en charge des patients aux comportements à risque en santé)

5 « la pratique et un retour sur ma pratique »
9 « expérience »
19 « revoir les patients, donc travailler en remplacement régulier ou m'installer »
12 « de l'expérience et du recul vis à vis de tout ce que je viens d'apprendre »
4 « expérience »
6 « plus d'expérience et plus de confiance en moi sur le biomédical »
17 « du recul pour voir des résultats ou du moins pour voir les patients évoluer »
3 « entrainement et pratique à l'entretien motivationnel »
8 « Plus d'entrainement et d'experience »
2 « de la pratique! »
16 « continuer les formations »
1 « plus de pratique »
13 « maitriser parfaitement "l'entretien motivationnel", posseder sa propre patientelle avec son histoire et donc une experience de ses propres patients (et pas ceux des autres) »
10 « Plus d'expérience. Je découvre des nuances, je maitrise de mieux en mieux, mais je sais que je peux mieux faire. En particulier si j'avais "ma patientèle" je suis sure que je ferai plus de progrès, grâce aux retours et aux évolutions que je pourrai mettre en rapport avec mes interventions. »
18 « De la pratique de MG ++ : suivi au long cours des patients, plusieurs consultations possibles. »
7 « plus de temps à accorder aux patients »
20 « Plus d'expérience et de pratique dans l'entretien motivationnel »
15 « etre plus a l'aise, avoir du temps »

Avez-vous des suggestions sur d'éventuelles améliorations à apporter à la formation qui vous a été proposé ? Si oui lesquelles ?

5 « non, telle qu'elle est cette formation m'a beaucoup apporté! »
9 « qu'elle soit faite a un moment ou on est chez le praticien »
19 « nous proposer des cas au lieu de nous demander d'en inventer, ou nous demander d'y réfléchir avant, car nous avons inventé des cas débiles qui ne tenait pas debout, alors qu'il y a des choses dans notre train de vie ou chez les patients dont nous pourrions discuter, mais on n'y pense pas forcement rapidement »
12 « une journée de formation un an après pour parler de notre expérience et des difficultés rencontrées.
Et/ ou la mise en place de groupe de parole pour continuer à en parler et à s'améliorer. »
4 « non »
6 « non »
17 « non, très bien faite, très interactif »
3 « exercices avec évaluation et cotation d'une consultation »
8 « non »
2 « non, super formation entre theorie et applications!devrait pouvoir etre disponible pour tous les internes !! »
16 « non »
1 « aucune, formation de très bonne qualité »
13 « non »
10« Non, mes attentes ont été comblées!
J'en profite pour remercier Florence pour sa compétence, sa gentillesse et son implication. »
18 « non, super »
7 « non »
20« Avoir ces trois premiers jours de formation en niveau 1
Puis réitérer une formation avec mise en scène pendant 2 jours en niveau 2, pour réactualiser les choses.
Proposer cette formation à tous les internes de médecine générale »
15 « non »

ANNEXE 13 : Tableau des résultats des échelles

Données des questionnaires T0 et T2
T0 : données disponibles pour 23 participants
T2 : données disponibles pour 18 participants

participant	echelle imp pre F (T0)	echelle imp post F (T2)	echelle conf pre F (T0)	echelle conf post F (T2)	echelle "pret" pre F (T0)	echelle "pret" post F (T2)	echelle augmentat° conf (T2)
1	8	7	7	6	8	7	6
2	8	8	8	8	9	10	8
3	7	8	6	7	7	8	7
4	7	8	7	8	9	8	8
5	9	9	9	9	9	10	7
6	8	8	6	7	9	9	7
7	5	7	3	6	6	8	6
8	8	8	6	7	8	8	5
9	7	7	6	7	8	9	5
10	10	10	8	10	10	10	7
11	7		5		6		
12	8	10	10	10	10	10	8
13	10	8	8	6	10	9	5
14	10		8		10		
15	7	3	6	3	7	3	3
16	9	9	9	8	9	8	7
17	10	7	6	7	8	7	7
18	8	6	8	8	8	9	8
19	6	7	3	5	8	5	5
20	7	8	7	8	8	8	7
21	6		3		6		
22	8		8		8		
23	7		3		8		

Les données grisées sont manquantes.

T0: temps 0 de l'étude: avant la formation
T2: temps 2 de l'étude: après la formation
Niv 1 : stage de niveau 1 en médecine générale
Niv 2 : stage de niveau 2 en médecine générale (en autonomie)
formation com : formation antérieure en communication
formation EM: formation antérieure en communication
activité de C : activité de consultation lors des stages réalisés pendant la formation
échelle imp: importance à intégrer l'EM dans sa pratique
échelle conf: confiance à intégrer l'EM
échelle "prêt": disposition à intégrer l'EM

ANNEXE 14 : Un extrait du livre d'A. Gromolard, « Prendre sa vie en main »

Ecouter, rencontrer, vivre

... **Ecouter** est, peut être, le plus beau cadeau que nous puissions faire à quelqu'un. C'est lui dire : tu es important pour moi, tu es intéressant, je suis heureux que tu sois là, tu vas m'enrichir car tu es ce que je ne suis pas... **Ecouter** c'est commencer par se taire... Avez-vous remarqué combien les « dialogues » sont remplis d'expression de ce genre : C'est comme moi quand... ou bien ... ca me rappelle ce qui m'est arrivé... Bien souvent ce que l'autre dit n'est qu'une autre occasion de parler de soi.

... **Ecouter**, c'est commencer par arrêter son petit cinéma intérieur, son monologue portatif, pour se laisser habiter par l'autre. C'est accepter que l'autre entre en nous-mêmes comme il entrerait en notre maison et s'y installerait un instant, en prenant ses aises. **Ecouter**, c'est vraiment laisser tomber ce qui nous occupe pour donner tout son temps à l'autre.

... **Ecouter**, c'est ne pas chercher à répondre à l'autre sachant qu'il a en lui-même les réponses à ses propres questions. C'est refuser de penser à la place de l'autre, de lui donner des conseils. **Ecouter**, c'est accueillir l'autre avec reconnaissance tel qu'il se définit lui-même, sans se substituer à lui pour lui dire ce qu'il doit être. C'est être ouvert positivement à toutes les idées, à tous les sujets, à toutes les expériences, à toutes les solutions sans interpréter, sans juger, laissant à l'autre le temps et l'espace de trouver la voie qui est la sienne.

... **Ecouter**, ce n'est pas vouloir que quelqu'un soit comme ci ou comme cela, c'est apprendre à découvrir ses qualités qui sont en lui spécifiques. Etre attentif à quelqu'un qui souffre, ce n'est pas donner une solution ou une explication à sa souffrance, c'est lui permettre de la dire et de trouver lui-même son propre chemin pour s'en libérer.

... Apprendre à **écouter** quelqu'un, c'est l'exercice le plus utile que nous puissions faire pour nous libérer de nos propres détresses... Ecouter c'est donner à l'autre ce que l'on ne nous à peut être encore jamais donné : de l'attention, du temps, une présence affectueuse.

... Car c'est en écoutant les autres que nous arriverons à nous écouter nous-mêmes, et notre corps et toutes nos émotions, c'est même devenir poète, c'est-à-dire, sentir et voir l'âme et le cœur des choses. Car à celui qui sait écouter, est donné à tout jamais de ne plus vivre à la surface. Il communie à la vibration intérieure du tout vivant, il commence à découvrir l'infini qui vit à la fois la richesse et l'originalité de l'autre. C'est alors qu'il entrevoit combien la rencontre est la « source d'être et non d'avoir ». « Tu ne vaux que ce que valent tes rencontres. Il n'existe qu'un luxe véritable, et c'est celui des relations humaines » (St Exupéry) : seul luxe gratuit, offert à la décision et à la liberté de chacun.

André Gromolard
« Prendre sa vie en main »
(Ed. Chronique Sociale, 1991)

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.

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

VIDAILLAC Morgane **Thèse n°**

98 pages – 11 tableaux – 10 figures

Résumé:

Contexte : Lors des études médicales, la maîtrise de la communication est au premier plan des compétences à acquérir, et est mentionnée dès le programme de l'Examen Classant National (ECN). Selon le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), la relation médecin-patient, la communication et l'approche centrée sur le patient sont le cœur du professionnalisme. Pourtant, les étudiants reçoivent peu de formation spécifique dans ce domaine. L'Entretien Motivationnel (EM) est un style relationnel collaboratif qui a démontré son efficacité pour favoriser un changement nécessaire en santé (tabac, alcool, exercice physique, alimentation, prise de médicaments…). Un séminaire, portant spécifiquement sur l'enseignement de l'EM, est proposé aux internes de médecine générale de la faculté de médecine de Tours depuis 2011. L'étude a porté sur les 23 internes qui ont participé à la formation proposée en 2013.
Objectif de l'étude : Le but de l'étude était d'évaluer si une formation à l'EM au cours de leur formation initiale pouvait améliorer la confiance, les compétences et les pratiques des internes de médecine générale.
Méthode : L'évaluation de l'impact sur les compétences des internes a été réalisée par la comparaison des scores MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity) de consultations simulées avant et après la formation. Leurs avis, leur confiance dans leurs compétences, et leur utilisation de l'EM, ont été recueillis par des questionnaires auto-administrés, envoyés par mail à 3 mois.
Résultats : La formation semble avoir favorisé une amélioration des compétences des internes. Ils se sentaient plus confiants et ont déclaré utiliser les principes de l'EM pour prendre en charge les patients ayant des comportements à risque. Plus largement, pour la plupart ils ont noté un changement positif dans la qualité relationnelle de leurs entretiens, en particulier une meilleure compétence d'écoute.
Conclusion : Pour développer les compétences relationnelles des internes, plusieurs enseignements se combinent probablement utilement (stages, Groupes Balint…). Une formation en EM semble particulièrement à sa place parmi eux.

Mots clés :
- entretien motivationnel
- formation
- internes médecine générale
- relation médecin-patient

Jury :

Président de Jury : **Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**
Membres du jury : **Madame le Professeur Laurence CORNU-BERNOT**
Monsieur le Professeur Denis ANGOULVANT
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Madame le Docteur Anne DANSOU

Date de la soutenance : 10 avril 2014