



Année 2021/2022

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Guillaume BESANÇON

Né le 28 MAI 1991 à PARIS 15ème (75)

VECU DE LA PRATIQUE DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL PAR LE MEDECIN GENERALISTE

Présentée et soutenue publiquement le **21 janvier 2022** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie et Addictologie, Faculté de Médecine-Tours

Membres du Jury :

Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine-Tours

Docteur Anne DANSOU, Pneumologie et Tabacologie UCT, PH, CHU-Tours

Directeurs de thèse :

Docteur Anaïde NOE-LAGRANGE, Médecine Générale-St-Martin-d'Auxigny

Docteur Alain ICHIR, Médecine Générale-Baugy

**TITRE : VECU DE LA PRATIQUE DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL PAR LE MEDECIN
GENERALISTE**

Résumé :

L'évolution de la relation soignant-soigné permet de promouvoir en soins primaires un modèle de relation centrée sur le patient, pour un objectif de décision médicale partagée. Plusieurs outils de communication au service de cette relation sont à disposition des médecins généralistes. L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. Initialement conçu pour le champ de l'addictologie, son usage s'étend progressivement. Son efficacité sur le patient est bien démontrée. Peu d'études ont étudié le vécu de ses utilisateurs.

L'objectif de ce travail de thèse était d'évaluer l'apport de l'entretien motivationnel pour le médecin généraliste, en explorant la pratique de l'entretien motivationnel par des médecins généralistes.

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs a été réalisée auprès de médecins généralistes libéraux formés à l'entretien motivationnel. Dix entretiens ont été conduits entre octobre 2020 et Juin 2021. Une analyse du contenu thématique des verbatims a été menée selon l'approche inductive généralisée.

Alors que le médecin généraliste était formé à un outil conduisant au changement du patient, on retrouvait un bénéfice personnel à la pratique de l'entretien motivationnel, associé à un changement du médecin généraliste lui-même. Au fur et à mesure de leur pratique, les médecins généralistes élargissaient les contextes d'utilisation et faisaient de l'entretien motivationnel leur principal mode de communication. Ils s'approprièrent les outils, les principes et l'esprit de l'entretien motivationnel au service de leur exercice quotidien et d'eux-mêmes. L'entretien motivationnel venait renforcer plusieurs compétences spécifiques des médecins généralistes. L'usage de l'entretien motivationnel apportait un sentiment d'efficacité personnelle, satisfaction et sérénité. L'ensemble concordant à une pratique plus épanouissante.

Cette thèse confirmait l'intérêt de l'entretien motivationnel pour le médecin généraliste lui-même, au bénéfice de la relation de soin. Poursuivre la diffusion de l'entretien motivationnel profiterait au plus grand nombre, patients comme soignants.

Mots clés : relation soignant-soigné ; communication ; entretien motivationnel ; Médecins Généralistes

TITLE : IMPLEMENTING THE METHOD OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING AS A GENERAL PRACTITIONER

Abstract :

The evolving interactions between care-givers and care-receivers help to promote a primary care method based on the relationship with the patient, aim to share the medical decision. General Practitioners (GP) can use several communication tools to enhance this relationship. Motivational interviews are a type of collaborative conversation which help reinforce individuals' self-motivation and their commitment to change and improve. Motivational interviews belong initially to the field of addictology, but the use of this method keeps growing. Its efficiency on patients is proven. Only a few studies talk about its impact on those who use it.

This thesis research aims at evaluating the benefits of motivational interviewing for GPs. Therefore it explores how GPs practice this method.

A qualitative study was made through semi-structured interviews with private GPs who were previously trained to the motivational interview method. A scope of ten interviews was led from October 2020 to June 2021. All quotes have been analysed through the generalised inductive approach.

The GPs were trained to use the motivational interview as a tool to help the patient to change, but they found a personal benefit in this method, which could lead to a change for the GPs themselves as well. The more GPs practiced it, the more they used it in various situations, until it became their favorite way of communication. They would use the tools, the rules and the spirit of motivational interviewing for their daily practice and for themselves. Motivational interviewing reinforced GPs' particular skills. The use of motivational interviewing brought a feeling of personal efficiency, satisfaction and serenity. The global practice was more fulfilling at the end.

This thesis confirms the interest of individual interviews for general practitioners themselves and for the care relationship. Motivational interviews should keep being used more and more and benefit to patients and caregivers.

Keywords : care relationship ; communication ; motivational interviewing ; General Practitioners

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens - relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURE'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) - 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Héléne	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUJEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive - réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine	Médecine intensive - réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs
POTIER Alain..... Médecine Générale
ROBERT Jean..... Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine..... Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra..... Médecine interne
BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
BINET Aurélien..... Chirurgie infantile
BISSON Arnaud..... Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul..... Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès..... Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo..... Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas..... Cardiologie
DENIS Frédéric..... Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane..... Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure..... Hépatologie - gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine..... Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie..... Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille	Immunologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLOU Antonine	Philosophie - histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS - EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm - UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

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.

Remerciements

Au président de jury

Monsieur le Professeur Nicolas BALLON

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury. Vous me faites également l'honneur d'apporter votre expérience de l'entretien motivationnel à ce travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A mes maîtres et juges

Madame le Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger mon travail ainsi que pour votre investissement au sein du département de Médecine Générale et votre implication auprès des internes. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Anne DANSOU

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience de l'entretien motivationnel à ce travail en siégeant dans ce jury. Je vous suis très reconnaissant pour votre chaleureux et enthousiaste accueil à mon appel annonçant cette thèse, ainsi que pour votre aide apportée à la bibliographie. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A mes directeurs de thèse

Madame le Docteur Anaïde NOE-LAGRANGE

Merci Anaïde pour ton temps donné à la direction de cette thèse, pour ton soutien. Tu m'as fait découvrir ce lien si spécial qui se tisse avec le patient, l'importance du travail en équipe, l'exigence au service de nos compétences, l'ouverture à d'autres univers... Je te suis très reconnaissant pour le cadeau de tes évaluations dans le prolongement du SASPAS qui m'ont aidé à me construire. Merci pour la façon dont tu te donnes auprès des internes et pour ton accueil.

Monsieur le Docteur Alain ICHIR

Merci pour votre temps donné à la direction de cette thèse. Vous m'avez fait découvrir la médecine générale globale ET centrée sur le patient. Vous m'avez transmis votre passion de cette profession. Vous m'avez abreuvé de littérature ! Vous m'avez accueilli dans l'intimité de votre famille. Vous m'avez introduit à l'art culinaire, à l'exigence de la pâtisserie, à la curiosité intellectuelle. Vous m'avez fait découvrir les premières ressources de l'entretien motivationnel. Je vous suis sincèrement reconnaissant pour tout ce que j'ai reçu de vous.

A vous deux, à ce lien si spécial qui vous unit et dont je bénéficie depuis le SASPAS jusque cette codirection de thèse. Vous m'avez aidé à donner le meilleur de moi-même. Vous m'avez fait découvrir l'importance de la relation sous toutes ses formes. Nous avons vécu ensemble le chamboulement de vos pratiques à l'arrivée de la Covid-19, les dispensaires, les repas somptueux !, les interviews !, ... Merci car nous avons grandi tous ensemble. Je suis très touché par votre fidélité. Veuillez recevoir dans ce travail le témoignage de ma sincère gratitude et de mon profond respect. Vive le Berry !

Aux **médecins généralistes** qui ont accepté de me raconter leur vécu de l'entretien motivationnel. Vous m'avez donné de votre temps, malgré des agendas chargés. Je vous dois ce travail. Je vous suis très reconnaissant pour la qualité de nos échanges, avant, pendant et après l'enregistrement.... Je me souviens de chacune de nos rencontres. J'aimerais ressembler à chacun d'entre vous. Merci pour votre accueil.

Au **Docteur Claire SORS**, qui m'a aidé à la triangulation des données de ce travail.

A tous les **médecins, internes, IDE, Sages-Femmes, ASH, MKDE, secrétaires**, croisés durant mon cursus universitaire et qui m'ont transmis l'art de prendre soin.

Je remercie plus particulièrement mes **maîtres de stage ambulatoires** du CHER (18), par qui j'ai reçu l'art d'exercer la Médecine Générale. Les Docteurs : Michel MROZEK, Karine GAMBADE, François-Xavier MONZIOLS, Marie-Josèphe BRUNET, Anaïde NOE-LAGRANGE et Alain ICHIR. Je vous suis reconnaissant à jamais de ce que vous m'avez transmis.

Aux médecins de ma famille

A **Bon-Papa †**, le premier médecin généraliste de campagne, dans mon cœur. J'arbore fièrement votre stéthoscope et votre manomètre que vous m'avez transmis. Merci de veiller sur moi :)

A **Oncle Benoît**, dont je me souviens parfaitement de la soutenance de thèse malgré mon jeune âge ! La première à laquelle j'assistais. Quelle émotion de prêter serment à mon tour !

A **Armelle**, plein de courage pour ton Internat sister ! Reçois toute mon affection et sois assurée de ma prière.

Au Seigneur, Source de toute Vie, de tout Amour et de tout Don.

A ma famille

A mes **Bons-Papas** † †

A mes **Bonnes-Mamans**, merci pour votre présence à nos côtés, pour la transmission de la richesse de la famille, pour votre témoignage du don gratuit. Je suis très ému de prêter serment devant vous.

A mes **parents**, papa, maman, merci pour votre fidélité dans l'amour. Merci pour la famille que vous avez bâtie sur des racines solides, nous permettant à chacun de porter du fruit. Merci maman de nous avoir inculqué l'exigence du travail bien fait, en nous consacrant tout ton temps. Merci papa de nous transmettre ton goût des joies simples.

A mes **frère et sœurs**, précieux soutiens pendant ces longues années d'études ! Merci d'avoir supporté cela. Quelle joie de nous voir grandir ensemble !

A **Anne-Cécile et Jean-Baptiste**, merci pour votre engagement dans le mariage, pour votre témoignage de la fidélité dans les joies comme dans les épreuves. Avec vous, la Vie triomphe ! Joie de partager cela avec Raphaël et le bébé à venir :)

A **Pauline**, sœur et amie, merci pour ton indéfectible soutien, pour le témoignage de tes engagements. Belle route vers le mariage avec Jacques que nous sommes heureux d'accueillir dans la famille !

A **Armelle**, sœur et consœur ! Les patients ont de la chance de faire ta rencontre. Quand tu veux pour refaire une « route des paumés » !!

A **François-Xavier**, mon frère préféré ! Avec qui j'ai « bénéficié » d'une éducation par Sissi, Downton Abbey... ;) Merci d'avoir su rééquilibrer tout ça par le rap, Call of Duty... pour le plus grand bonheur des parents ! Courage pour tes études, pour tes choix de vie.

A **Aude**, sœur et filleule, merci pour ta joie de vivre en toute circonstance, pour l'art de la mode à laquelle tu nous inities tous ! Je suis émerveillé par ta maturité et me réjouis pour tout ce que je vais apprendre encore à tes côtés ! Courage pour les heures à la BM :)

A ma **marraine**, Tante Marie, à mon **parrain**, Oncle Etienne, Merci pour votre présence depuis ma naissance, votre attention et votre aide dans la foi.

A tous mes **oncles et tantes, cousins**. Longue vie à notre famille !

A mes amis

De Chartres, Bourges, Nancy, Paris, Lyon... Merci pour votre présence, les WE en tout genre, les plans vacances, les randos !

Des divers engagements qui m'ont aidé à placer l'humain au cœur de mes études : du pélé National de Lourdes, des Routes Chantantes, du Semi-pour-la-Vie, du scoutisme, d'A Bras Ouverts, des WEMPS, du Sinaï, de Richard (Chœur de Lyon !), de la Cté de l'Agneau.

A mes nombreux colocataires avec qui j'ai partagé de merveilleux moments depuis une dizaine d'années ! 15-15, Emeline, Jean-Eudes&Madeleine, Sylvain, Lorentz, Frédéric, Rémy, Sophie, Céline, les juju, Jean. Spécialement en ce moment à Baudouin-Marie et Enguerran. Merci de me permettre de ne pas vivre qu'à travers la Médecine !

A tous les amis de Médecine avec qui j'ai partagé les belles années de l'Internat : Sylvain, Marie, Lorentz, Céline, Ariane, Frédéric, Marion, Edouard...

A tous ceux que je ne peux citer, au risque de faire des oublis, je vous demande pardon !

Je remercie particulièrement Thérèse, Anne-Françoise, Alice, Enguerran, Hortense, Maman et mes sœurs pour leur aide à la rédaction de cette thèse. Pour leur travail minutieux de lecture, de traduction en anglais, d'aide à la compréhension. Il y a beaucoup de vous dans ce travail !

Aux étudiants en Médecine qui découvriront peut-être les bienfaits de l'EM en tombant « par hasard » sur ce travail. Gardez courage dans vos pénibles études, tenez bon, ne lâchez rien ! Je vous souhaite de vivre le plus souvent possible ce merveilleux compliment qui peut nous être fait, qui a bien plus de valeur pour moi qu'une note à un QCM, « *Merci pour votre écoute* ».

A tous les patients, sans qui nous ne serions pas médecin.

« *Docteur, Docteur, j'ai fait ce que vous m'avez conseillé : j'ai acheté un vélo épiléptique !* »

« *Le spécialiste m'a diagnostiqué un syndrome de l'apnée du soleil !* »

« *On est guéri au trois quarts quand on est accueilli pleinement dans ce que l'on est* »

« *Docteur, à quoi je sers encore aujourd'hui ?* »

Table des matières

Liste des abréviations	16
Introduction	17
Matériels et méthodes	20
I) Matériels	20
II) Type d'étude et population	20
III) Recueil des données	21
IV) Analyse des données	21
V) Aspects éthiques et réglementaires.....	22
Résultats	23
I) Formation du MG à l'EM	24
a) Pourquoi le MG se forme à l'EM	24
b) Vécu lors de la formation à l'EM	25
c) La promotion de la formation à l'EM par le MG	26
II) Utilisation de l'EM par le MG	27
a) But recherché par le MG utilisant l'EM, définition	27
b) Outils de l'EM utilisés en pratique par le MG	28
c) Contextes d'utilisation de l'EM par les MG	30
d) Fréquence d'utilisation de l'EM	32
e) Usage conscient, usage inconscient	32
f) Freins, limites et conditions d'utilisation	34
g) Usage du style relationnel de l'EM dans la sphère privée	36
III) Apport de l'EM au MG	38
a) Apport de l'EM à la pratique du MG	38
1) Sur l'accompagnement au changement du patient	38
2) Sur l'approche globale du patient	39
3) Sur l'approche relationnelle du patient	40
4) Sur le plan technique de la consultation	42
b) Apport de l'EM au MG	43
1) Un sentiment d'efficacité personnelle	43
2) Une satisfaction personnelle	43
3) Une sérénité	44
4) Une aide à la prise de recul	44
5) Un moyen de ne pas s'épuiser	45
6) Un état d'esprit	45

IV) Gestion de la relation soignant-soigné par le MG pratiquant l'EM	47
a) Sur la communication avec le patient	47
b) Sur la prise en charge du patient	48
c) Sur la gestion du temps	50
d) Valeurs de soin des MG pratiquant l'EM	50
e) Représentations des spécialistes d'organes	52
Discussion	55
I/ Forces et limites de l'étude	55
a) Equipe de recherche et de réflexion	55
b) Conception de l'étude	56
c) Analyse et résultats	57
II/ Résultat principal et comparaison à la littérature	58
a) Sur la formation du MG à l'EM	58
b) Sur l'utilisation de l'EM par le MG	60
c) Sur l'apport de l'EM au MG	62
1) Un changement du MG aussi	62
2) L'écoute et l'héritage Rogérien	63
3) La psychologie, l'EM et le MG	65
4) Un épanouissement personnel	67
d) Sur la gestion de la relation soignant-soigné par le MG formé à l'EM	68
e) Faut-il se former à l'EM ?	69
f) Sur les autres modes de communication	71
III/ Perspectives	72
a) Pour la recherche	72
b) Pour la pratique	72
c) Pour l'enseignement et la formation	72
Conclusion	73
Bibliographie	74

Tableau, figure et annexes

Tableau 1 : Caractéristiques des participants	23
Figure 1 : Vécu de la pratique de l'EM par le MG	59
Annexe 1 : Grilles d'entretien	78
Annexe 2 : Marguerite des compétences	80

Liste des abréviations

AFDEM : Association Française de Diffusion de l'Entretien Motivationnel

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

EM : Entretien Motivationnel

MG : Médecin Généraliste

M&R : Miller et Rollnick

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

Introduction

L'évolution de la relation soignant-soigné, d'un modèle paternaliste à un modèle participatif, permet de promouvoir en soins primaires une relation centrée sur le patient, pour un objectif de décision médicale partagée. Désormais médecin et patient sont tous deux considérés comme experts.

Entre un médecin généraliste (MG) et son patient, les années de suivi font de chaque relation une création unique, où chacun s'adapte à l'autre, au gré des événements de vie émaillant le parcours de soin. Michael Balint a fait le constat que le temps consacré en médecine générale à la relation avec le malade représente plus d'un tiers de l'activité médicale. Il définissait ces années de suivi comme une « *compagnie d'investissement mutuel* » (1).

Comme dans toute relation interpersonnelle, la communication en est le vecteur. Déjà en 2006, L'Académie Nationale de Médecine (2) décrivait la communication comme base de la relation de soin et l'urgence pour les soignants de s'y former. La Médecine Générale, dans sa dimension universitaire, a intégré la communication parmi les compétences requises pour être médecin généraliste (3). Plusieurs outils de communication sont à la disposition des MG (4) mais ils ne sont pas tous connus en tant que tels et plus ou moins utilisés.

S'inspirant de l'approche humaniste centrée sur la personne définie par Carl Rogers, l'entretien motivationnel (EM) (5) est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. William R. Miller et Stephen Rollnick, les deux fondateurs, l'ont conceptualisé dans les années 80 pour la prise en charge des patients dépendants à l'alcool. L'EM s'est ensuite diffusé dans le monde et son usage s'est progressivement élargi en fonction des utilisateurs. Aujourd'hui son efficacité est reconnue dans de nombreux champs de la santé (addictologie, maladies chroniques, éducation thérapeutique, nutrition, santé mentale...).

Dans ce contexte de soins primaires basés sur le modèle biopsychosocial d'Engel (6) (7), où une démarche centrée sur le patient est privilégiée à une démarche centrée sur la maladie, certains MG se forment à l'EM.

Plusieurs études se sont intéressées à la pratique de l'EM en médecine générale, en évaluant son impact auprès des patients majoritairement (8). Du fait de la formation à l'EM durant le DES de Médecine Générale dans certaines facultés (9), plusieurs études ont évalué l'impact d'une formation à l'EM sur les internes en médecine générale (10) (11). Une étude qualitative, sous forme de questionnaires, a évalué l'intérêt personnel pour le MG à la formation et à la pratique de l'EM (12).

A notre connaissance, aucune autre étude française ne s'est intéressée plus en profondeur sur la pratique de l'EM par le MG. Pourquoi et comment le MG pratique l'EM ? Quel est l'apport de la pratique de l'EM pour le MG ?

L'objectif de ce travail de thèse était d'évaluer l'apport de l'EM pour le MG, en explorant le vécu de la pratique de l'EM par des MG libéraux formés à cette méthode.

Première approche du sujet

L'idée de réaliser une thèse à ce sujet est née au cours de mon internat, plus particulièrement au cours de mon Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). En autonomie lors des consultations, j'ai rapidement été confronté aux problématiques de Santé Publique liées au tabac, à la dépendance à l'alcool, aux difficultés inhérentes au suivi des maladies chroniques et des consultations complexes...

Une patiente m'avait particulièrement marquée lorsque j'ai eu l'occasion de l'accompagner dans son sevrage tabagique. Voyant que la prescription de substituts nicotiques ne suffisait pas à un sevrage optimal chez elle, j'ai recherché, lors d'un Groupe d'Enseignement Facultaire, des outils concrets pour l'accompagner. L'EM s'est offert à moi ! En échangeant à ce propos avec un de mes Maîtres de Stage Universitaire, il m'a délivré un livret canadien de formation à ce sujet, *l'Entrevue motivationnelle* adapté par V.ROSSIGNOL (13). Je me souviens avoir dévoré ce document : une nouvelle vision du soin m'apparut alors... Avec cette patiente, j'ai pu directement mettre en pratique les outils appris et constater à quel point cela l'aidait à avancer.

Alors que l'idée d'une thèse sur ce sujet germait en moi, j'ai pu bénéficier, à la fin de mon internat, d'une formation en EM Niveau 1 sur deux journées auprès d'un organisme de

formation. A travers les rencontres que j'ai pu faire, parmi les médecins stagiaires, avec la psychologue formatrice, et grâce à la dynamique très positive qui émergeait tout au long de la formation, je suis rentré convaincu de l'intérêt d'un tel travail.

MATERIELS ET METHODES

I) Matériel

Les entretiens ont été enregistrés avec un microphone USB relié à un ordinateur, ainsi qu'un smartphone, permettant leur retranscription intégrale dactylographiée avec le logiciel Word®.

Les données de la bibliographie ont été recensées et organisées avec le logiciel Zotero®.

Le codage et l'analyse inductive généralisée ont été réalisés à l'aide du logiciel NVivo®.

II) Type d'étude et Population

Une étude qualitative a été réalisée, sous la forme d'entretiens individuels semi-directifs, menés jusqu'à saturation des données.

L'objectif principal était d'étudier l'apport de l'EM au MG en explorant le vécu de sa pratique de l'EM.

Les objectifs secondaires étaient d'explorer : leurs motivations à se former à l'EM, leur utilisation de l'outil, ainsi que leur gestion de la relation soignant-soigné.

Des médecins spécialistes en Médecine Générale, en exercice libéral, formés à l'EM sur au moins une journée (Niveau 1) ont été contactés. Ont été exclus les médecins n'exerçant pas en ambulatoire, ainsi que les médecins d'autres spécialités.

Au total dix MG ont été interrogés, entre octobre 2020 et Juin 2021. La participation des médecins était basée sur le volontariat.

Les critères sociodémographiques retenus pour élaborer l'échantillon, en recherche de variations maximales, étaient le sexe, l'âge, le mode d'exercice, l'année d'installation, le type d'institut de formation à l'EM ainsi que l'engagement ou non dans la maîtrise de stage.

Le recrutement a été réalisé par effet boule de neige, une première partie en région Centre puis en région Rhône Alpes, avec l'aide initiale des réseaux sociaux.

Bien qu'un seuil de saturation soit théorique en recherche qualitative, le codage axial, réalisé au fur et à mesure des entretiens, a constaté l'absence d'idée émergente significative lors du huitième entretien. Cela a été confirmé par deux entretiens supplémentaires.

III) Recueil des données

Afin de garantir une qualité de recueil optimale, l'ensemble des entretiens a été réalisé en présentiel, malgré la situation sanitaire. Un temps dédié dans un lieu calme, propice à la réflexion, a été recherché lors de ces échanges. La plupart des médecins ont été interrogés dans leurs cabinets, un seul a souhaité le réaliser à son domicile.

Avant de débiter l'entretien enregistré, une courte introduction était réalisée pour présenter le sujet puis le consentement oral du praticien était recueilli. Une récupération des données socio-démographiques du professionnel était réalisée par des questions fermées puis la trame d'entretien était introduite par une question brise-glace.

Une première trame d'entretien composée de questions ouvertes a été rédigée à partir de la bibliographie préalable au travail, de la littérature existante, de lectures d'ouvrages, en tenant compte des objectifs de recherche. Cette trame a évolué durant les quatre premiers entretiens afin d'améliorer sa pertinence en fonction du codage axial. Elle n'a plus évolué ensuite. (annexe 1)

IV) Analyse des données

Une analyse du contenu thématique des verbatims a été réalisée, inspirée de l'approche inductive généralisée. Cette approche a été retenue car, comme le souligne Thomas (14), « *bien que l'analyse soit influencée par les objectifs de recherche au départ, les résultats proviennent directement de l'analyse des données brutes et non pas à partir de «réponses souhaitées» par le chercheur.* »

Un codage axial a, dans un premier temps, été réalisé, faisant émerger des catégories. Celles-ci ont été ensuite classées et réorganisées, permettant la construction d'un arbre de concepts présentant les résultats de ce travail en quatre sections à l'issue de l'analyse descriptive. Enfin une analyse plus interprétative des données a été menée, présentée dans la Discussion, avant comparaison avec les données existantes dans la littérature.

Conformément à cette approche, l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de plusieurs chercheurs présentés dans la Discussion.

Le retour des participants sur les résultats a été sollicité, sur la base du volontariat, à l'issue de l'analyse descriptive. Pour cela, un courriel leur a été adressé pour leur proposer cette démarche. Les résultats anonymisés étaient alors envoyés par fichier protégé d'un mot de passe aux volontaires. Deux participants nous ont remis leur rapport.

V) Aspects éthiques et réglementaires

L'ensemble des participants a donné son accord à l'enregistrement des entretiens, après qu'ils aient été informés du sujet et des objectifs de recherche.

L'anonymat et la confidentialité étaient garantis. Pour chaque entretien, une anonymisation du verbatim lors de la retranscription a été réalisée en supprimant les noms propres ainsi que certains éléments particuliers pouvant faire retrouver l'identité des participants, en veillant à ne pas porter atteinte au sens. Les participants étaient informés de la possibilité de se rétracter à tout moment.

S'agissant d'entretiens auprès de professionnels de santé questionnant leur pratique, ce travail ne relevait ni de la loi Jardé, ni de l'avis d'un CCP. Une éthique de la recherche a cependant été respectée tout au long de la démarche.

RESULTATS

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Participant	Sexe (M/F)	Age (années)	Département	Mode d'exercice	Milieu d'exercice	Durée installation (années)	Organisme de Formation EM	Maitre de Stage Universitaire	Compétence spécifique	durée entretien (minutes)
P1	F	32	45	Cabinet libéral seul	rural	2,5	FMC action	NON	Hypnose / mesothérapie	29
P2	F	55	41	MSP	rural	23	MG Form + CNGE	OUI	Hypnose	40
P3	F	34	45	MSP	urbain	2	UnaFormeC	OUI		42
P4	F	61	69	MSP	urbain	27	CNGE N3 + AFDEM	OUI	DU Psychothérapie	44
P5	F	34	69	MSP	urbain	3	CNGE N2	OUI		39
P6	F	29	69	Cabinet libéral groupé	urbain		DU EM fac	NON		35
P7	M	48	1	Cabinet libéral groupé	semi-rural	18	CNGE N2 + AFDEM	OUI		53
P8	M	49	38	MSP	urbain	18	CNGE N2	OUI		48
P9	F	34	69	Centre de santé	urbain	0,5	AFDEM N1	NON	DU Philosophie de la santé	37
P10	M	55	26	MSP	rural	26	MG France	OUI	Capacité de Gériatrie / Osteopathe	45

MSP= Maison de Santé Pluridisciplinaire / CNGE= Collège National des Généralistes Enseignants / AFDEM= Association Française de Diffusion de l'EM

La moyenne d'âge des participants était de 43 ans.

La durée moyenne d'un entretien était de 41 minutes.

Il y avait parmi les participants 70% de Maitres de Stage Universitaire.

Il y avait parmi les participants 70% de femmes.

Présentation des résultats

L'étiquetage des verbatims a permis de faire émerger, à l'issue de l'analyse inductive, quatre catégories qui sont : la formation du MG à l'EM ; l'utilisation de l'EM par le MG ; l'apport de l'EM au MG ; la gestion de la relation soignant-soigné par le MG pratiquant l'EM.

I/ Formation du MG à l'EM

a) Pourquoi le MG se forme à l'EM

Les MG avaient des attentes diverses et variées de leur formation à l'EM. Celles-ci dépassaient déjà le cadre d'utilisation original prévu à la conception de ces outils.

Plusieurs MG se sont formés à l'EM avec l'idée de **renforcer ou d'acquérir des compétences en communication** : [P1, P2, P5, P9]

« Vraiment ça m'intéressait, et puis moi je le voyais qu'il me manquait deux trois outils des fois, pour trouver le mot qui allait faire basculer la consultation. En médecine générale, on va dire : notre meilleure arme c'est la communication. C'est le cœur de mon travail donc. » [P1]

« Euh pourquoi ? J'avais compris qu'on donnait pas mal d'outils pour la communication, comment dire ? En fait moi ce qui me plaît, c'est fluidifier la communication avec le patient. »[P9]

Certains médecins ont eu **envie de s'y former après avoir eu une initiation au travers du compagnonnage en stage ou à la faculté de Médecine...** [P3, P6, P9] :

« J'ai été formé par Dr [...], qui était mon maître de stage. Lui il est à fond dans l'EM. Il m'a fait découvrir cette technique-là en fait. » [P3]

« A la fac on a tous une journée d'initiation à l'EM, c'est très ancré dans ma fac. » [P6]

... d'autres suite aux **recommandations de confrères/consœurs** : [P8, P5]

« J'en suis arrivée là parce que déjà je suis dans un cabinet de groupe où l'on se tire tous vers le haut ! (rires) et qu'entre midi et deux « ah tiens tu voudrais pas faire telle formation c'est génial ?! » » [P5]

Une médecin a fait la formation **en vue d'enseigner cet outil...** :

« Parce que justement je voulais l'enseigner aux étudiants ! » [P4]

Un médecin **sensibilisé à l'EM en formation addictologie a souhaité se former davantage**, séduit par l'idée d'abandonner le réflexe correcteur :

« Une consœur nous a présenté les grands axes de l'EM et je me suis dit que c'était vraiment hyper intéressant. Ce côté d'abandonner toute idée de ce réflexe correcteur, ça m'a vraiment percuté en fait. » [P7]

Un médecin a découvert cette formation **en cherchant des solutions pour mieux accompagner ses patients** :

« Malgré toute l'attention qu'on porte aux patients, dans une qualité relationnelle avec une écoute active bienveillante, ça ne suffit pas. Donc qu'est-ce qu'on peut faire de plus ? Ben, je me suis posé la question, je suis allé voir ce qu'on faisait et j'étais très heureux de voir qu'il y avait des formations là-dessus et en particulier l'EM. » [P10]

b) Vécu lors de la formation EM

Les médecins avaient un **retour positif de leurs formations** [P1, P6] :

« C'était super, je ne regrette pas d'avoir fait cette formation. » [P1]

Lors de leurs formations, les MG découvraient l'esprit et les principes inhérents aux outils de l'EM :

Certains médecins se sont rendu compte qu'ils **pratiquaient déjà des principes de l'EM, parfois sans le savoir** : [P3, P4, P7, P9]

« Ça m'a un peu conforté et amélioré dans ce que je faisais déjà. Je n'avais pas mis vraiment du conscient là-dessus. Le fait de mettre du conscient, ça aide pas mal parce que tu peux beaucoup plus jouer avec. » [P9]

Un médecin a **changé de posture dans son rôle de thérapeute à l'issue de la formation** :

« Je pense que ça m'a permis de mieux comprendre le rôle du médecin généraliste, en tant qu'accompagnant, conseiller, et de laisser plus de place au patient. » [P5]

D'autres ont vécu cette formation **comme un continuum dans leur parcours** :

« Comme j'étais interne et que le médecin était à fond entretien motivationnel, j'ai été formé au fil de l'eau, j'ai renforcé ma base. » [P3]

Enfin certains parlaient d'un **bouleversement dans leur pratique** : [P2, P4, P10]

« Il y a eu un avant et un après. » [P2]

« Ça a été pour moi une révélation. » [P10]

c) La promotion de la formation à l'EM par le MG

Les médecins **recommandaient cette formation...** :

« En particulier l'EM, très heureux de voir qu'enfin les médecins pouvaient se former. L'intérêt il est presque surtout pour le médecin j'ai envie de dire ! » [P10]

« L'EM c'est bon, mangez-en ! » [P7]

... et souhaitaient **une formation commune de tous les étudiants en médecine le plus tôt possible dans le cursus universitaire** : [P1, P2, P6, P9]

« Sincèrement ça devrait être enseigné, on va dire en troisième année de médecine. » [P2]

« Je trouve qu'on devrait former bien plus les étudiants à l'EM, dès les études du second cycle d'ailleurs, ouvrir un peu cette vision items par items pour élargir un peu quoi. » [P6]

II/ Utilisation de l'EM par le MG

a) But recherché par le MG en utilisant l'EM et définition

Les MG étaient interrogés sur leurs intentions en utilisant l'EM.

Les MG utilisaient l'EM pour :

- **Accompagner au changement :**

« Pour les aider à sortir de leur situation. Pour les accompagner au changement, les aider à prendre conscience. » [P9]

- **Faire émerger les motivations du patient au changement :** [P2,P3,P6]

« Voilà moi mon but, c'est de faire émerger les véritables motivations de la personne dans ses choix, ce que lui veut réellement. » [P2]

- **Pour mettre en avant l'ambivalence du patient :** [P3, P8]

« Pour mettre le point sur des choses, mettre en exergue l'ambivalence du patient. » [P3]

Certaines intentions dépassaient le cadre de l'EM. Pour autant les MG les associaient à une pratique de l'EM :

- **Pour aider à l'interrogatoire :**

« On précise le motif de consultation, c'est l'écoute active quoi. » [P10]

- **Faire parler le patient de lui :**

« Je l'utilise pour qu'ils me racontent leurs histoires de vie, de voir comment ils vivent globalement. Voilà mais c'est vrai que je l'utilise pas forcément pour son but initial on va dire ! » [P9]

« Ce n'est pas forcément un but motivationnel comme on pourrait l'entendre au sens strict, mais cela induit des changements chez les patients, en tout cas une réflexivité chez le patient. »

[P8]

- S'assurer de la bonne **compréhension du patient pendant une consultation**:

« Pour vérifier que j'avais bien rien oublié et que j'avais compris la situation. » [P3]

- Pour **lever des difficultés** pendant une consultation :

« Après il y a mettre en exergue, avec des techniques d'EM, des ambivalences , lever des difficultés , des freins. » [P8]

- Pour **obtenir l'adhésion du patient** :

« Pour moi l'EM c'est pour tout ! Que ce soit pour adhérer à un traitement, pour faire prendre les médicaments ; que ce soit pour aller faire un examen de dépistage. » [P4]

Aussi les **MG définissaient chacun à leur manière l'EM** :

« C'est une boîte à outils « take it easy », voilà, pour la pratique. » [P1]

« Il faut des outils de communication, dont l'EM. » [P2]

« L'EM ce n'est pas qu'une technique de communication mais c'est aussi une philosophie pour moi. » [P3]

« Pour moi la définition de l'EM c'est d'encourager les patients à avoir un autre comportement pour leur santé. » [P4]

b) Outils de l'EM utilisés en pratique par les MG

Les MG étaient interrogés sur les outils de l'EM qui leur étaient le plus utile dans leur pratique. Ils en avaient une bonne connaissance. Les outils cités par les MG, par fréquence de répétition dans les verbatims, étaient :

- L'identification des **stades du changement** : [P1, P3, P7, P10]

« Alors globalement en fait, ce qui va être le plus utile je trouve (il hésite), c'est vraiment l'évaluation (il prend le temps de réfléchir) : l'évaluation du stade de changement. » [P1]

- Le **reflet** : [P5, P7, P8]

« Quotidiennement c'est vraiment le reflet, qui est vraiment devenu une modalité de l'entretien quasi systématique. » [P7]

- La **balance décisionnelle** : [P5, P7, P8]

« Voilà, quels sont les avantages pour vous à rester dans cette relation ? puis quels sont les désavantages à partir de cette relation ? » [P5]

- Le « **demander-fournir-demander** » : [P5, P6, P8]

« J'utilise beaucoup le demander-fournir-demander. » [P8]

- Les **échelles** : [P7, P8]

« Un petit peu les échelles aussi, d'importance et de confiance. » [P7]

- L'**écoute active** : [P3, P4]

« L'écoute active c'est reprendre, mettre en évidence, faire attention aux mots qui sont employés par le patient. » [P3]

- Le **renforcement positif** : [P1, P7]

« Toutes les consultations « tiens, vous allez y arriver, c'est pas grave. » » [P1]

- La **reformulation** : [P4, P9]

« J'essaye beaucoup de reformuler pour être certaine que je comprene bien. » [P9]

- Les **questions ouvertes** : [P5, P6]

« C'est en posant des questions ouvertes, en ne restant pas focalisé sur les ongles de pieds qu'elle a réussi à parler d'autre chose. » [P6]

- Le **résumé** : [P7, P8]

« Tiens l'heure tourne c'est peut-être le moment de faire un résumé-synthèse au patient pour lui montrer que ça va être le moment de conclure. » [P7]

- La **valorisation** :

« Oui c'est vrai : il y a la valorisation aussi dans l'EM !! (rires) ça je le fais beaucoup, je valorise à fond. » [P9]

Certains MG citaient des principes de l'EM parmi les outils les plus utiles pour la pratique :

- Le **principe de non-jugement** :

« J'essaye du moins de ne pas être dans le jugement. » [P5]

- La **considération positive du patient** :

« L'accueil du patient comme il est, la considération positive du patient. » [P4]

Les médecins avaient une **utilisation sélective des outils de l'EM** :

« Je n'utilise pas forcément tout, enfin il y a peut-être des outils que j'utilise pas parce que finalement j'en n'ai pas forcément l'usage. » [P1]

« J'adapte à chaque fois aux patients la situation, je ne vais pas faire toutes les techniques de l'EM, sinon ça n'a aucun intérêt, mais je vais effectivement utiliser des techniques plus ou moins. » [P3]

c) Contextes d'utilisation de l'EM par les MG

Les MG identifiaient de nombreux contextes où ils utilisaient l'EM en consultation :

- Dans les **addictions : sevrage tabagique, dépendance alcoolique** [P1,P3,P5,P6]

« Alors on l'utilise pas mal pour tout ce qui est addiction : tabac, cannabis, alcool. » [P5]

- Dans le **suivi des maladies chroniques, dans l'éducation thérapeutique en particulier du patient diabétique** : [P8, P1]

« Dans les prises en charge globales comme dans les maladies chroniques en général qui nécessitent un changement de comportement, une adaptation des patients à leur maladie, une adhésion à leur traitement. » [P8]

« Ça va être pas mal dans le diabète, par rapport aux règles hygiéno-diététiques. Ouais pour l'éducation thérapeutique. » [P1]

Des contextes d'utilisation plus larges étaient évoqués, sortant parfois du cadre de l'EM, mais identifiés comme pratique de l'EM par les MG :

- **Changements de vie ou de comportement** : [P3, P4, P8, P10]

« Bah à chaque fois qu'il y a un enjeu particulier, finalement. C'est-à-dire à chaque fois qu'il y a la question du changement de comportement. » [P10]

« Mais y'a plein d'autres comportements de santé : l'hésitation vaccinale ; tout ça c'est autant de contextes d'EM ! » [P4]

- Dès lors que **l'adhésion du patient était recherchée** :

« En fait je dirais que c'est pour un patient qui n'adhère pas forcément, où y'a pas d'adhésion vis-à-vis de la prise en charge proposée quoi, ça aussi ça peut aider. » [P5]

- Dans le contexte d'une **demande injustifiée**:

« Après ça peut être utile pour un patient qui vous réclame des antibiotiques alors qu'il a une angine virale. » [P5]

- Auprès des **patients antivaccins** :

« Les personnes antivaccins ! (rires) encore que je pense qu'on n'en a pas tant que ça. » [P5]

- Les **violences conjugales** : [P9, P3]

« Après j'utilise aussi l'EM, maintenant que j'y pense, pour les violences faites aux femmes, ça c'est un peu mon dada. » [P9]

- Dans le cadre de la **prévention** :

« Dans la prévention. » [P9]

- Pour des motifs du **champ de la psychologie** : [P5, P8]

« Sinon dans les consultations, j'utilise beaucoup les clefs de l'EM pour diverses choses, même parfois dans des entretiens psychologiques. » [P8]

Enfin, plusieurs médecins en avaient fait de façon plus globale leur **mode de communication pour conduire toute consultation** :

« *En fin de compte, l'EM va être une des bases de mon entretien avec les patients.* » [P2]

« *Si c'est d'utiliser les outils EM dans la communication, là je le fais quasiment à toutes les consultations je pense.* » [P9]

d) Fréquence d'utilisation de l'EM

Les médecins relataient une **utilisation quotidienne ou presque** ... : [P2, P3, P4, P6, P7, P9]

« *J'en fais tous les jours ! il n'y a pas une journée où il n'y a pas un patient avec qui je n'ai pas besoin de faire de l'EM.* » [P2]

« *Ce sont des outils que j'utilise de manière très fluide et très courante.* » [P7]

... en assumant parfois de le faire **en dehors du cadre de l'EM** :

« *Alors, je crois que je l'utilise tout le temps, en fait ! Je l'utilise tout le temps, mais pas pour le but initial de pourquoi cet outil a été créé.* » [P9]

e) Usage conscient, usage inconscient

Les médecins décrivaient deux grands modes d'utilisation de l'EM au sein de leur pratique : **un usage conscient, un usage inconscient**.

« *Ça dépend des situations, quelquefois c'est vraiment réflexe, quand je maîtrise bien ; après il y a des fois où je me dis « là y a telle chose, est-ce que j'utiliserais pas telle chose ? »»* [P5]

- L'usage **conscient, volontaire** de certains outils, dans des circonstances particulières :

« *Oui c'est conscient, c'est volontaire. C'est vraiment de faire émerger les motivations de la personne pour la faire réfléchir d'une autre façon on va dire, quand on sent que quelque chose est ambivalent pour eux.* » [P2]

« *Quand ça devient difficile oui, de manière consciente, quand je sens des résistances, quand l'ambivalence est telle qu'on est obligé de réfléchir à comment on veut utiliser cette ambivalence.* » [P4]

- Un usage **inconscient, automatique, intégré en tant que mode de communication**, la plupart du temps :

- Car la situation était devenue **simple à gérer pour le médecin** :

« *Quand on le fait de façon simple, quand l'ambivalence est normale, ça roule, on s'en rend moins compte.* » [P4]

« *Ça dépend des situations, quelquefois c'est vraiment réflexe, quand je maîtrise bien.* » [P5]

- Par **l'expérience acquise de l'EM...** : [P1, P3, P10]

« *Et finalement plus on les utilise ces outils plus ils sont ancrés, ils sont inconscients. Ouais j'y pense pas forcément en fait, ça devient instinctif entre guillemets dans la consultation.* » [P1]

- ... l'usage nécessitait **de moins en moins d'effort avec le temps** : [P1, P3, P10]

« *Je pense que maintenant que j'ai plus utilisé, c'est devenu un automatisme, plus qu'au début où cela me demandait un peu d'effort.* » [P3]

- Certains médecins comparaient ainsi cet apprentissage à celui d'une **langue vivante ...**:

« *C'est un peu comme quand vous apprenez l'anglais, on vous dit « cuisine » c'est « kitchen », donc au début vous vous dites « oui bah cuisine c'est kitchen », puis après vous n'y pensez plus en fait, vous construisez des phrases en anglais sans y penser, parce que vous avez intégré le truc.* » [P7]

- ... faisant de **l'Entretien Motivationnel un langage ...** :

« *C'est plein de petits éléments et finalement qui s'inscrivent dans notre langage courant de thérapeute en consultation.* » [P1]

« *Je communique maintenant comme cela naturellement.* » [P10]

- ...il devenait alors **plus difficile pour le médecin de conscientiser l'usage au fur et à mesure que l'outil s'ancrait dans leur pratique** : (P2, P7, P8)

« *Je ne sais plus du tout ce que j'utilise et ce que j'utilise pas. C'est-à-dire que je ne pourrais pas dire ben là j'utilise tel outil pour faire ci, tel outil pour faire ça. En revanche ça été intégré complètement dans ma façon de travailler. Peu à peu ça devient presque naturel.* » [P2]

« J'ai un peu de mal parfois à dissocier le fait que là je suis en mode EM ou pas. » [P7]

f) Freins, limites et conditions d'utilisation

Les MG étaient interrogés sur leurs difficultés à la pratique de l'EM.

Certains médecins ne voyaient **aucun frein à la pratique de l'EM** : [P1,P2,P8,P10]

« Franchement non, (sûre d'elle) je ne vois pas, il n'y a pas de frein pour moi. » [P1]

« Je vois pas vraiment de frein ou de limite à l'utilisation de l'EM ; mais plutôt au contraire d'envisager de l'utiliser dans un champ encore plus large. » [P8]

D'autres ont souligné des **limites à l'EM, qui nécessitent des adaptations** pour pouvoir en optimiser l'utilisation :

- le **temps utilisé** : [P2,P6,P7]

« Le temps. C'est-à-dire que pour moi on peut pas faire un EM en cinq minutes. » [P2]

« Euh... ça devrait (ndlr le temps, être un frein). Mais en pratique non ça l'est pas. Moi je prends le temps qu'il faut avec les patients. » [P7]

- une **charge émotionnelle à gérer parfois, suite à des évènements psychologiques soulevés par l'écoute** :

« La charge émotionnelle que cela peut engendrer, qui n'est pas toujours facile à gérer. » [P9]

« J'ai un peu de mal ouais ; une fois que la personne en a parlé, j'écoute, mais après quoi faire c'est un peu compliqué, j'adresse souvent, j'oriente. » [P6]

Ainsi des **conseils d'utilisation ont été préconisés par les médecins pour lever de potentielles limites de l'EM** :

- **cadrer la consultation** pour ne pas se laisser déborder :

« Si on instille en fait la posture à chaque consultation, qu'on se revoit assez régulièrement, pour maintenir cette motivation, les consultations ne durent pas plus de 20 minutes. Il suffit d'établir, d'avoir un cadre, ne pas sortir de ce cadre. » [P3]

- savoir **passer la main et orienter si nécessaire** : [P1,P3,P4,P9]

« *Moi quand j'ai pas trop le temps je laisse un petit post-it et c'est mon assistante qui s'en charge.* » [P1]

« *D'autant plus que je travaille avec une infirmière ASALEE, qui elle le fait, et qui elle a une heure par patient, donc elle ne s'occupe que de ça : je délègue en fait à l'IDE qui a beaucoup plus de temps pour cela.* » [P9]

- **s'assurer d'être disponible** quand on utilise l'EM :

« *Faut être disponible, psychologiquement quoi.* » [P3]

« *Faut avoir l'énergie psychique quoi.* » [P4]

- la **nécessité d'une éthique** dans la pratique de l'EM : [P3,P8,P9]

« *Il faut savoir l'utiliser sincèrement aussi, avec de bonnes intentions, car l'usage peut être détourné [...] donc toujours le faire parce qu'on veut faire le bien pour la personne.* » [P9]

« *Attention avec l'EM on n'est pas dans la manipulation et ça c'est très important, c'est ça la philosophie du truc. On pourrait hein, mais c'est d'abord une éthique avant tout, c'est hyper important.* » [P3]

Enfin **certains freins dépendant du patient ont été définis** :

- la **barrière de la langue** : [P4,P6,P9]

« *Après il y a aussi la barrière de la langue, les patients ne comprennent pas bien pourquoi je les valorise ou je les relance ! (rires)* » [P9]

- les patients atteints de certains **troubles psychiatriques** :

« *Il y a des fois où l'EM ne fonctionne pas. Alors par exemple les patients psychotiques, c'est pas la peine, ça marche pas ! L'élaboration c'est mort, c'est très compliqué.* » [P3]

- Du fait d'un **contexte d'urgence non approprié** :

« Enfin quand c'est une urgence vitale, c'est une urgence vitale ! Je peux pas dire « bon ben on attendra que vous soyez prêt pour être pris en charge au bloc opératoire ! » » [P1]

g) Usage du style relationnel de l'EM dans la sphère privée

L'EM devenant un mode de communication, les MG étaient interrogés sur une éventuelle utilisation en dehors d'un contexte professionnel. On retrouvait ici un usage sortant du cadre de l'entretien motivationnel.

Plusieurs médecins utilisaient **l'EM dans leur sphère personnelle...** :

... que ce soit de façon **inconsciente** : [P1,P5,P10]

« Je ne le fais pas consciemment. Mais oui avec ses proches, avec sa famille quand ils demandent des conseils médicaux, ou même ne serait-ce qu'avec son conjoint : savoir si est-ce que j'abuse ou j'abuse pas. » [P1]

... ou **consciente** : [P2,P4,P6,P8,P9]

« Dans la vie perso, si j'ai une amie avec qui j'ai envie d'en savoir un peu plus, eh bien je vais utiliser des questions ouvertes. Ça m'aide à mieux comprendre mes amis, pour essayer de résoudre les nœuds. » [P6]

« C'est une technique de communication qui est utile, on sait qu'on utilise un outil professionnel et donc je le fais de façon consciente dans ma vie perso. Oui à titre personnel on peut dire que c'est utile aussi. » [P8]

Certains MG trouvaient des **bénéfices à l'EM pour leur communication dans la sphère privée** : [P2, P4, P8, P9]

« Dans mes relations familiales, de couple aussi, ça m'aide vachement à mieux communiquer. Ça fluidifie mes relations. » [P9]

L'utilisation de l'outil en dehors du cadre professionnel était **inconcevable pour une seule médecin** :

« Ça ne marche pas dans ma vie personnelle. Ça ne marche pas, parce que je pense que c'est une posture professionnelle et pas personnelle. Enfin en tout cas c'est mon vécu. » [P3]

Elle soulignait :

« Quand on a du personnel, c'est difficile je pense de rester dans la distanciation, dans l'éthique. Et puis ça fonctionne pas parce qu'il y a de l'affect en fait. Je pense qu'on n'a pas la bonne distance, enfin voilà. » [P3]

III/ Apport de l'EM au MG

a) Apport de l'EM à la pratique du MG

En utilisant l'EM, ou certains de ses outils, dans des contextes dépassant le cadre motivationnel, les médecins ont décrit un apport de l'EM dans de nombreux champs de leur pratique.

1) Sur l'accompagnement au changement du patient

Outre l'aide particulière dans le cadre de l'accompagnement des patients tabagiques par exemple ... :

« Sur les sevrages de tabac, je me suis moins acharnée en fait ; (cherche ses mots, réfléchit) enfin j'ai plus noté dans le dossier où il en était, s'il avait telle envie ou pas, si ce n'est pas le moment. Je guette le moment voulu, le moment propice, quoi proposer. » [P1]

... les MG décrivaient l'apport de l'EM dans l'accompagnement au changement de façon plus globale :

« On voit qu'on est plus performant pour accompagner vers le changement finalement. » [P7]

« Là, cet outil, il a vraiment comme avantage de pouvoir identifier plus précisément les freins et les ressources des patients, et pouvoir aller vers un changement en fait. » [P8]

- **En ciblant la période propice à susciter le changement :**

« J'ai un peu plus détaillé la situation où il en est, et ça c'était le premier truc d'un point de vue pratico-pratique utile. » [P1]

« C'est d'être à l'écoute, d'être vigilant sur la phase dans laquelle est le patient. Et quand on sent qu'il y a une petite brèche, il faut pas la laisser partir quoi ! » [P3]

« Du coup j'ai une posture d'écoute qui est différente, d'attention, et puis éventuellement de communication aussi pour pouvoir susciter ou déclencher certaines situations à accompagner. » [P8]

- **Par une capacité de l'EM à mettre le patient en mouvement :**

« Ça me permet de les aider à avancer sur des sujets aussi où ils n'arrivent pas à se dépêtrer. »
[P5]

« Dès lors qu'il y a besoin de ce mouvement dans leur prise en charge, je trouve que l'EM est efficace. » [P8]

- En le **constatant par la suite** :

« Je trouve qu'il y a un réel changement de la personne, que sinon on n'a pas... » [P2]

« J'avoue que cette formation EM m'a beaucoup apporté là-dessus, car même si ce n'est pas magique, au moins on suscite quelque chose chez le patient, un début de mouvement. » [P8]

2) Sur l'approche globale du patient

De nombreux MG ont déclaré que **l'EM contribuait à une meilleure approche globale du patient**, par différents aspects :

- Une aide à la **vision globale du patient**: [P1, P6, P9]

« Peut-être avoir un point de vue plus global sur le patient aussi. Par exemple quelqu'un qui vient pour un rhume, je vais pas voir que ça ; voir la personne dans son ensemble quoi. » [P1]

« Avec l'EM, des questions ouvertes, des reflets : on arrive à aller plus loin que ce mal de dos. Essayer de voir la personne dans son ensemble, ça l'EM me l'a appris. » [P6]

- Une **possibilité d'agir de façon globale** :

« Dès lors que les choses sont enchevêtrées entre le psychologique, le social, et la santé mentale et physique ; eh bien là, on va probablement pouvoir agir un peu plus en faisant évoluer cette situation. » [P8]

Dans cette approche globale, la **considération du champ psychologique du patient semblait renforcée par la pratique de l'EM** :

- Par une meilleure **intégration de l'aspect psychologique au soin** : [P1, P3, P6, P8, P10]

« Je définis d'autant plus les choses, je développe des questions qui sont difficiles, d'ordre psychologique, où l'on a, à mon avis, encore des choses à apprendre. Il y a une intrication

psycho-physique, une unité psycho-physique du patient qui vient nous voir, et c'est important d'agir sur les deux. » [P10]

- En utilisant des outils de l'EM à la fois comme support d'écoute et comme soutien dans le cadre d'un suivi psychologique : (P4, P5, P8, P9)

« Quand il y a du suivi psy aussi, ça permet de faire énormément de renforcement positif. Je dirais que les reflets, enfin moi je les utilise beaucoup dans les suivis psy, ça marche bien quoi. » [P5]

« J'utilise beaucoup les clefs de l'EM pour diverses choses, même parfois dans des entretiens psychologiques. » [P8]

- Par une considération de l'aspect psychosomatique, du fait d'une meilleure relation au patient :

« En médecine générale on a beaucoup de symptômes psychosomatiques, donc connaître l'histoire des gens ça aide à comprendre pourquoi ils sont là en consultation aujourd'hui. » [P9]

- Certains médecins se considéraient presque « comme psy » : [P2,P4,P7]

« Ce qui se passe c'est qu'ils ne viennent pas chercher un psy, ce qu'ils viennent chercher c'est un psy qui a des connaissances médicales. » [P2]

« On est quand même dans un métier où l'on est une des rares ressources sur le plan psycho. » [P7]

3) Sur l'approche relationnelle du patient

La pratique de l'EM améliorerait la **communication des MG avec leurs patients** :

« Ça m'aide vachement à mieux communiquer. Ça fluidifie mes relations. » [P9]

« De plus en plus on s'est rendu compte que la communication c'était l'essentiel de la consultation même. » [P2]

- Les MG ont relaté une **meilleure capacité d'écoute de leurs patients grâce à l'EM** : [P5, P6, P7, P8, P9]

« Alors, ça me permet d'être plus à l'écoute. » [P5]

« Et avec les patients j'ai l'impression de mieux les soigner, d'être plus à l'écoute. » [P6]

- Ils recueillaient de nombreuses **confidences de patients** : [P5, P6]

« Un exemple, j'avais un patient qui était complètement fermé, c'était une huître quoi, il était dans sa coquille, fermée ; bah un petit coup d'EM et vraiment, on a ouvert les vannes ! et euh il s'est confié comme jamais. » [P5]

- **Les situations conflictuelles étaient moins nombreuses** : [P2, P3, P4]

« Il y a d'autres avantages, c'est qu'il n'y a plus de conflit avec le patient. » [P2]

« En terme de relationnel avec le patient c'est satisfaisant. Plus que si on est dans la confrontation. La relation est plus saine. » [P3]

- Les MG critiquaient leur ancien **réflexe correcteur, qui entravait la progression du patient vers son changement** :

« Je pense que ça m'a permis d'avoir moins le réflexe correcteur qu'on peut avoir en tant que médecin. » [P5]

« Je me suis revu dans l'erreur de ce réflexe correcteur avec des patients. » [P7]

La pratique de l'EM permettait un **renforcement de l'alliance thérapeutique, du lien soignant-soigné** : [P1,P2, P5, P6, P8, P9]

« Ça m'aide à les faire avancer petit à petit, et aussi à ce qu'il y ait une vraie alliance thérapeutique : j'ai l'impression qu'il y a plus de confiance de leur part. » [P5]

- En favorisant **une approche centrée sur le patient** :

« Ça me permet d'être plus à l'écoute, de mettre plus le patient au centre je dirais. » [P5]

« J'arrive beaucoup mieux à parler aux patients, à établir un lien avec le patient, à me centrer sur ses problématiques et pas forcément sur moi ce que je veux faire. » [P6]

- En considérant le **patient comme un partenaire** :

« Rester sur cette notion d'équipe avec le patient quoi. » [P1]

« Alors l'EM a renforcé une idée que j'ai commencée à élaborer pendant mon internat : l'histoire de la responsabilité partagée. J'aime bien me placer à côté du patient et on regarde ensemble. » [P3]

4) Sur le plan technique de la consultation

Globalement, utiliser l'EM était perçu par les MG comme une aide **efficace à plusieurs étapes de la consultation ...** : [P1, P2, P3, P9, P10]

« Rapidement on acquiert une force d'intervention. » [P10]

« C'est être plus efficace, plus efficient même dans la consultation je trouve. » [P1]

« L'entretien motivationnel permet de déverrouiller des choses. » [P3]

... particulièrement **pendant le temps de l'entretien où l'utilisation des outils de l'EM permettait d'approfondir le recueil des informations du patient :**

« Ça a changé pas mal ma pratique de ce point de vue-là (...), on va un peu plus loin dans l'entretien. » [P8]

« Le fait de relancer la personne, de dire « c'est-à-dire » des choses comme ça : d'essayer de creuser les choses, de pas hésiter à poser les questions... pour approfondir. » [P9]

Paradoxalement, bien qu'une consultation puisse durer plus longtemps avec la pratique de l'EM, **les MG rapportaient un gain de temps à plus long terme...** : (P1,P3,P5,P10)

« Non ça ne prend pas plus de temps, et justement, si on a le bon langage, enfin ça va plus vite quoi, au contraire. Ouais c'est un gain de temps plutôt. » [P1]

« On laisse parler les gens, et en laissant parler on gagne du temps ; on précise le motif, c'est l'écoute active quoi. » [P10]

« Donc on gagne du temps sur la prise en charge des pathologies, mais des fois on prend du temps. » [P3]

... certains médecins comparaient cela à un retour sur **investissement :**

« C'est le prix de l'efficacité ! Soit on se simplifie la vie, tout de suite maintenant en consultation, soit on prend un peu de temps maintenant pour plus tard. » [P7]

« Peut-être un peu plus chronophage ; mais en même temps l'effet est tellement bénéfique que ça vaut quand même le coup ! » [P9]

b) Apport de l'EM au MG

Les MG se sont exprimés sur **l'apport personnel découlant de la pratique de l'EM**. Outre l'apport pour la prise en charge des patients, on retrouvait un bénéfice pour le MG lui-même :

« Je pense que ça m'a fait autant de bien qu'au patient ! L'intérêt il est presque surtout pour le médecin j'ai envie de dire ! » [P10]

1) Un sentiment d'efficacité personnelle

La pratique de l'EM apportait un **sentiment d'efficacité personnelle...** : (P1, P7, P8, P9, P10)

« Il y a un sentiment propre positif d'efficacité de mon action ; qui est positif parce qu'on se sent moins démuni. » [P8]

« Ça me renforce aussi moi, dans mon métier... et j'aime faire ça quoi, je me sens plus efficace. » [P9]

« Ça me rapporte du temps, de l'efficiency, de l'efficacité. » [P10]

« On est plus performant aussi, tout simplement. » [P7]

... allant jusqu'à une **disparition du sentiment d'échec** : (P2, P7, P10)

« Cette question de la rechute aussi qui est très fréquente, qui pourrait être prise comme un échec personnel du médecin, sauf que là on sait que c'est normal. » [P10]

« Il n'y a pas d'échec ! Il n'y a pas d'échec puisque en fin de compte c'est pas moi qui sait ce qui est bon pour le patient. C'est lui qui sait ce qui est bon. » [P2]

2) Une satisfaction personnelle

Les MG éprouvaient une **satisfaction personnelle** lors de la pratique de l'EM : (P1, P4, P6, P7, P10)

« Donc ça amplifie mon sentiment de bien-être pendant ma consultation (...) j'y vois vraiment que du bonheur ! » [P10]

« J'ai l'impression que je fais mieux mon travail, donc ça c'est toujours agréable, donc une estime ; et surtout du plaisir à venir travailler. » [P4]

« On a une pratique plus épanouissante quand on est dans l'EM. » [P7]

Les MG pouvaient être **valorisés par leurs patients** quand ils pratiquaient l'EM :

« Je me suis senti vraiment valorisé par ce retour [ndlr, d'un patient chez qui le MG avait utilisé l'écoute active] et cela m'a conforté dans l'idée que c'est ce qu'il faut faire quoi. » [P7]

« Après quand on arrive aux changements, bah c'est quand même assez satisfaisant : le patient est content d'avoir réussi à avancer, moi aussi ! » [P6]

« J'ai l'impression de mieux les soigner, d'être plus à l'écoute. » [P10]

3) Une sérénité

Une **sérénité résultait de la pratique de l'EM** chez beaucoup de MG : [P2, P4, P7, P9, P10]

« On n'est plus avec une boule au ventre qui nous travaille quand on se sent pas bon, quand on se sent nul, on a des consultations sereines en permanence. En fin de compte avec l'entretien motivationnel, il n'y a plus ces 2% qui nous pourrissent la vie. » [P2]

« Plus de sérénité, moins de conflits, tu comprends mieux où veulent en venir les patients, du coup tu cibles mieux leur demande : t'es plus efficace. Tout le monde est content ! » [P9]

4) Une aide à la prise de recul

La pratique de l'EM **renforçait la capacité des MG à prendre de la distance pendant la consultation, à se détacher personnellement si nécessaire ...** : [P1, P2, P4, P10]

« Quand on progresse pas on sait que cela fait partie de la prise en charge, et on dédramatise, on le détache d'un échec personnel. » [P10]

« Emotionnellement, je trouve que cette formation m'a permis de lâcher un peu du lest : tiens bon ok, enfin je vais proposer, si ça veut pas, ça veut pas quoi. Je vais pas me dire que c'est un échec forcément non plus de ma part. » [P1]

« Par exemple s'il me dit « ben moi j'ai fait l'infarctus mais des statines j'en veux pas » ok ! c'est son problème. » [P2]

... un médecin abordait cette notion sous le terme de **responsabilité partagée** :
« Je pense que la posture de l'entretien motivationnel aussi va dans ce sens-là. Le fait de faire rechercher des solutions aux patients, on est dans une décision médicale partagée, dans une responsabilité partagée. C'est-à-dire, on peut pas tout porter en fait. » [P3]

5) Un moyen de ne pas s'épuiser

Les MG rapportaient l'**intérêt de la pratique de l'EM pour prévenir un épuisement, un épuisement professionnel** : [P1, P3, P7, P10]

« Connaître l'EM cela nous rend bien service, contre ce risque d'épuisement mental et psychique. » [P10]

- En ciblant mieux ses actions thérapeutiques :

« Parce qu'on sait derrière si on peut mettre en place des choses ou si ça sert à rien de s'épuiser, de s'épuiser à la tâche. Donc c'est nous éviter aussi de perdre du temps, et puis de perdre de l'énergie aussi. » [P1]

- Du fait d'une pratique plus épanouissante :

« Un intérêt majeur pour la prévention de l'épuisement professionnel puisqu'on a une pratique plus épanouissante quand on est dans l'EM : moins frustré, plus satisfait. » [P7]

6) Un état d'esprit

Pour certains MG, la pratique de l'EM a été l'occasion d'un **changement de posture**, d'une autre vision sur le plan personnel, d'une ouverture d'esprit, jusque dans la sphère privée, découlant d'un savoir-être : [P2, P7, P8, P10]

« Mais même en dehors, on est plus tolérant finalement, sur tout ce qui concerne les addictions, on recentre le débat- c'est aussi l'âge qui veut ça- sur le sens des choses que l'on fait au quotidien, euh la question de la mort, de la vie, on se repose des questions fondamentales.» [P10]

« Ça change complètement notre vision de la vie. Donc c'est forcé que ça apporte quelque chose au plan personnel. Une fois qu'on a ces techniques en tête, notamment quand on découvre la reformulation, ça change notre vie, dans la vie courante. Ça change la façon dont on exerce sa profession. » [P2]

Les MG avaient l'impression de **faire du bien** en utilisant l'EM : [P7, P9, P10]

« Dans le cadre des entretiens qu'on peut avoir, je parlais de cette intimité, de cette mise en conscience où on accède comme ça à l'émotion des gens, euh bah je trouve ça formidable, parce ce que c'est comme ça que tu fais du bien en fait. » [P10]

« Alors qu'écouter, accompagner, valoriser, ça c'est reposant et c'est très satisfaisant : on a vraiment l'impression de faire du bien. » [P7]

L'EM renforçait l'empathie des MG :

« Ça m'a fait gagner en empathie. » [P5]

« L'EM c'est de l'empathie donc je m'en sers. » [P6]

Les principes et l'état d'esprit de l'EM avaient pu **rejoindre certains MG dans leurs valeurs personnelles** :

« Je voulais vraiment être dans ce partenariat, et du coup ça a fait écho à mes valeurs, à cette relation, et à ce que je voulais vivre dans mes consultations quoi. » [P7]

Certains MG se sont rendus compte qu'ils **attiraient un certain type de patients par cette posture**:

« On se construit sa patientèle. Les gens qui ont besoin d'un médecin directif, ils ne viennent pas me voir (...) Au bout d'un certain nombre d'années, on n'a que des gens qui viendront rechercher ce que l'on est. » [P2]

« Ça se sait que vous avez des oreilles qui écoutent. » [P4]

Ainsi les MG décrivaient un apport de l'EM, pour eux-mêmes comme pour la prise en charge de leur patient, résultant d'un savoir-faire et d'un savoir-être bénéficiant aux deux partenaires de la relation soignant-soigné.

IV/ Gestion de la relation soignant-soigné par le MG pratiquant l'EM

Le contenu des verbatims évoquait le style de prise en charge réalisé par les MG formés à l'EM. A travers leur expérience de la relation soignant-soigné, on retrouvait leurs compétences propres à la pratique de la médecine générale, associées aux spécificités de la pratique de l'EM. Les deux interagissaient, dans leur savoir-faire, comme dans leur savoir-être.

a) **Sur la communication avec le patient**

Les MG formés à l'EM avaient conscience de l'**importance de communiquer avec un patient et de savoir le faire** : [P1, P2, P3, P5]

« En médecine générale, on va dire notre meilleure arme c'est la communication, et c'est le cœur de mon travail donc. » [P1]

« De plus en plus on s'est rendu compte que la communication c'était l'essentiel de la consultation même. » [P2]

Certains étaient ainsi **formés à plusieurs techniques de communication** :

« J'ai commencé à me former beaucoup dans tous les styles de communication. J'ai découvert la communication non violente, j'ai découvert on va dire psychologiquement, la process-com. »
[P2]

Les MG convenaient d'une **facilité naturelle à communiquer** ... : [P1, P2, P3, P5]

« On a quand même un substrat de base sur la communication. En effet il y a des gens qui sont plus doués que d'autres. » [P1]

« De base, je suis une communicante. » [P2]

... tout en reconnaissant la **possibilité d'acquérir des compétences en communication** :

« Mais on peut s'améliorer c'est surtout ça, c'est pas définitif. On peut arriver à faire un petit peu mieux, même si on n'est pas très bon en communication. » [P1]

« Je pense qu'il y a des choses qui peuvent s'apprendre, clairement, même si on part de zéro oui oui. En l'occurrence, je trouve que se former en communication, ça ne fait pas de mal. » [P5]

b) Sur la prise en charge du patient

Les MG étaient attachés à une **approche globale du patient** :

« *Moi, clairement, je suis frustrée quand je me restreins dans les consultations. Et oui, voir la personne dans son ensemble, ça apporte beaucoup plus, le mal de dos par exemple.* » [P6]

« *C'est propre à notre métier que d'avoir cette prise en soin globale de la complexité des patients, et de pouvoir agir sur les ressources, identifier les freins, le contexte.* » [P8]

Ils exprimaient leur attachement à développer l'**autonomie du patient** : [P1, P2, P3, P4, P5]

« *J'explique beaucoup de choses aux patients, pour qu'ils soient autonomes. De base, tout le temps, j'ai voulu que les gens soient autonomes. C'est très important pour moi.* » [P2]

« *Les solutions ce n'est pas nous qui les avons, mais c'est le patient qui les a, et donc du coup, il faut l'aider à élaborer en fait ses propres objectifs.* » [P3]

Les MG évoquaient également la volonté d'une **approche centrée sur le patient** : [P2, P3, P5, P10]

« *Il s'agit vraiment de replacer le patient au centre et d'aborder ces questions-là avec lui.* » [P10]

- Par le fait de **se mettre à l'écoute du patient** : [P2, P4, P7]

« *Il faut écouter les gens. Ils ont toujours quelque chose à nous dire. Les symptômes ont du sens et il faut surtout se taire car quand on parle on redevient des médecins, et on utilise ce fameux réflexe correcteur.* » [P4]

- Par la **confiance placée dans le patient** :

« *Enfin, si nous on ne croit pas en eux, ça ne va jamais se passer.* » [P1]

« *Plus j'avance et plus je me rends compte qu'il faut faire confiance aux gens.* » [P10]

- Par la conviction qu'**un patient a les ressources en lui** : [P2, P3, P5]

« Pour moi c'est ça mon travail : c'est de lui faire, lui rendre accès à des informations qu'il a en lui, pour qu'il ait la vie dont il a envie, et pas la vie qu'il croit avoir envie. » [P2]

« C'est à dire que les solutions ce n'est pas nous qui les avons, mais c'est le patient qui les a, et donc, du coup, il faut l'aider à élaborer en fait ses propres objectifs. » [P3]

- En **s'adaptant aux objectifs du patient** : [P2, P6, P7]

« Et donc, vous vous adaptez en fonction de la personne. » [P2]

« J'essaye de voir toujours leurs objectifs. » [P6]

- Par la volonté de **faire du patient un acteur du soin** : [P1, P2, P5]

« C'est le patient qui décide de sa santé, on le laisse vraiment en tant qu'acteur principal quoi. J'essaye de le dire toujours à mes patients. » [P5]

- En **respectant la temporalité du patient** : [P2, P3, P7]

« On peut laisser aussi la porte ouverte à la réflexion en disant « voilà je vous laisse réfléchir à ce qu'on vient de se dire et on en reparle la prochaine fois ». C'est sa temporalité, c'est respecter sa temporalité en fait. » [P3]

« C'est pas nous qui les faisons changer c'est eux, et quand eux ils veulent. » [P7]

Les MG cherchaient à **accompagner le patient vers le changement en créant un partenariat avec celui-ci** : [P1, P3, P4, P7]

« C'est pas lui là-bas, moi là-bas, c'est une équipe et on avance ensemble. » [P1]

« On est dans ce partenariat qui m'est cher dans la relation médecin-patient. » [P7]

Plusieurs **médecins avaient la capacité d'intégrer les émotions dans le soin** : celles du patient, comme les siennes :

« On aura toujours des émotions dans le soin. Faut juste apprendre à en faire quelque chose. Faut les identifier, une fois qu'elles sont là on fait ce qu'on peut avec, mais on se force à en faire quelque chose de positif ! » [P4]

« Oh oui, oui oui. Moi je suis très à l'aise avec les émotions du patient. Cette façon de lire les émotions, la communication non-verbale chez les patients, très vite ça a vraiment teinté ma

pratique quoi. Je me suis rendu compte qu'une fois que les patients libéraient les émotions, on accède à la réflexion derrière. » [P7]

c) Sur la gestion du temps

Bien que le temps restait une contrainte, certains MG pratiquant l'EM faisaient **du temps un allié du soin** :

- Par l'**acceptation** de cette réalité : [P1, P2, P4, P10]

« Voilà si ça doit prendre du temps, ça va prendre du temps. (...) Peut être ce ne sera pas tout de suite. Ce sera peut-être que dans deux ans, trois ans. » [P1]

- En **intégrant le temps dans le plan de soin** : [P2, P4, P7, P8]

« Si je n'ai pas le temps, si je suis trop en retard, bon tant pis, je prends le temps. Pour autant, je suis en capacité de dire à la personne qu'il va falloir revenir pour qu'on continue. » [P4]

« Soit on accepte de prendre du temps dans une consultation, soit on dédie une autre consultation à cela. Oui, il faut savoir reconvoquer et jouer dans la durée. » [P8]

d) Valeurs de soin des MG pratiquant l'EM

Quelques valeurs de soin communes entre MG utilisant l'EM étaient exprimées dans les verbatims :

- Une **capacité à se remettre en question** : [P1, P3, P4, P6, P7]

« Des fois, je me pose des questions, parce que je me dis : « est-ce que moi j'ai des trucs à corriger ? », je me remets en question, savoir si j'ai des trucs à changer, si j'ai mal fait. » [P1]

« Je me rends compte que je peux clairement m'améliorer encore. » [P6]

- Un **attachement à la relation humaine** :

« C'est un métier où on va être en relation profonde avec de l'humain, dans le meilleur et dans le pire. Et ça va changer notre vision des choses, ça va ouvrir notre esprit. » [P2]

« On est branché sur la relation humaine. Si on est pas branché sur l'autre, je pense qu'on n'est pas dans le soin, en tout cas en médecine générale. » [P4]

- Une **attitude bienveillante** : [P1, P4, P6, P10]

« Je les accompagne en fait. De façon bienveillante, et avec... Oui, ça me fait sourire quand je vous le dit, et ça m'émeut aussi (il a les larmes aux yeux) car on touche là, à l'intimité en fait et... Et c'est ce qui fait que chacun est unique, c'est ce qui fait l'intérêt de notre métier... (il est très ému, yeux rouges et larmes, temps de pause) » [P10]

« Pour écouter, il faut que les gens s'expriment ; pour qu'ils s'expriment, bah il faut les encourager à parler par une attitude assez bienveillante j'allais dire. » [P4]

« Pour moi le lieu où l'on reçoit est très important, faire attention au bien-être des patients. » [P6]

- Un **regard critique sur le paternalisme** : [P2, P4, P7, P10]

« Une forme de jugement insupportable pour le patient qui doit faire face à la douleur morale du médecin, à la frustration du médecin, à la culpabilité du médecin, au médecin dans sa dimension de toute-puissance et connaissance, donc que des trucs détestables en fait. » [P10]

« C'est-à-dire que c'est peut-être en opposition au paternalisme d'avant, c'était l'attitude la plus insupportable pour moi. Je n'ai jamais supporté ça ! » [P2]

- Une **volonté de réduire le réflexe correcteur** : [P3, P4, P5, P7]

« Parce que si on lui dit : « il faut que vous alliez marcher », il va dire « oui », et puis voilà, il ne va pas le faire. » [P3]

« Il faut surtout se taire car quand on parle on redevient des médecins, et on utilise ce fameux réflexe correcteur. » [P4]

« Je me suis revu dans l'erreur d'être dans ce réflexe correcteur avec des patients. » [P7]

On retrouvait un **attachement au métier de médecin généraliste avec une vision positive du métier ...** :

« C'est vrai que moi la médecine générale c'était à la fois une médecine concrète et de terrain, mais c'est aussi soigner et puis cette appétence de faire du bien (...) je mesure la chance que j'ai de faire ce métier ! » [P10]

... le **métier de MG** était parfois vécu comme une vocation :

« Parce que je devais l'être ! {ndlr, médecin} Ça c'est clair. C'est-à-dire que... , depuis que je suis née ! » [P2]

e) Représentations des spécialistes d'organes

Plusieurs **MG évoquaient leurs différences avec leurs confrères spécialistes d'organes dans le domaine de la communication** ... : [P1, P3, P4, P5]

« Je pense que pour les spécialistes, pour certains ce serait peut-être pas du luxe ! {ndlr, se former en communication} Parce que des erreurs de communication malheureusement, on en a récupéré des confrères. » [P1]

« Je pense qu'il y a des spécialistes effectivement, qui se mettent dans des postures qui font que le patient n'a pas la place de parler, ou de dire ce qu'il ressent. » [P3]

... leur reprochant parfois leur **manque de vision globale** :

« C'est vrai qu'on a un peu l'impression qu'ils sont focus sur leur domaine et basta. Certains spé effectivement ne voient peut-être pas très large. » [P6]

« Certains sont dans ce réflexe correcteur, de n'utiliser que le biomédical et de ne pas s'intéresser à la personne quoi. Sans faire de généralités bien sûr. » [P4]

Certains évoquaient des **retours de patients** :

« Ils en manquent beaucoup de communication d'après les retours des patients, le côté relationnel est pourtant très important pour le patient. » [P9]

« On a des retours d'une moins bonne communication oui. » [P6]

Certains **MG nuançaient cependant ces pratiques différentes** :

« Après, en tant que médecin généraliste, je pense qu'on a une place aussi qui est différente. Le spécialiste, on le voit une fois pour un problème particulier. Nous on est là, on suit le patient, on suit aussi sa famille, on a une expertise de la famille aussi et de leur contexte de vie. Donc je pense que ça laisse place aussi à la parole en fait. Plus, je pense. » [P3]

« Les spécialistes d'organes sont beaucoup dans le réflexe correcteur, et cela est normal puisqu'ils sont centrés sur leur pathologie finalement, et cette pathologie demande une observance thérapeutique, une hygiène de vie : il y a quelque chose d'un peu naturel à avoir le réflexe correcteur. » [P7]

Enfin, d'autres MG constataient que **certains confrères adoptaient également les outils relationnels :**

« Bon, les cardiologues ne s'y sont pas mis hein, mais ouais endocrino, pneumo. » [P10]

« D'ailleurs ils ont commencé beaucoup, en endocrino, rhumato, pneumo : à travers les techniques d'éducation thérapeutique du patient. » [P8]

DISCUSSION

I/ Forces et limites de l'étude

Cette section a été rédigée à partir de la traduction en langue française de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative), permettant de réaliser une critique objective de l'étude grâce à ses 32 items et ses 3 domaines (15).

a) Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés par Guillaume Besançon, médecin généraliste remplaçant. Il s'agissait de sa première recherche scientifique. Il a été encadré par le Docteur Anaïde NOE-LAGRANGE, médecin généraliste à Saint-Martin-d'Auxigny (18, CHER) qui avait dirigé une thèse qualitative précédemment, ainsi que par le Docteur Alain ICHIR, médecin généraliste à Baugy (18, CHER). Alice SECRETAN, diplômée en sociologie, a été sollicitée à plusieurs étapes du travail. Son regard extérieur à l'univers médical a enrichi la réflexion et la compréhension des verbatims.

Un journal de bord a été tenu depuis l'imagination du sujet de recherche, jusqu'à la rédaction de cette thèse. Il a permis une auto-réflexion tout au long du travail.

Il existe un biais lié à l'investigation qui intervient dans le recueil des données. De par l'intérêt du chercheur pour l'EM, le discours des MG a pu être influencé en les interrogeant de façon orientée. Ils étaient toutefois informés de l'intérêt du chercheur pour l'EM.

De plus, la démarche « *questionner la question* » (16) a été réalisée avec la directrice de thèse avant de débiter les entretiens, lors de la problématisation. Cela a permis une prise de conscience des présupposés, croyances et jugements de valeur sur l'objet de recherche, dans le but de les mettre à distance et d'ajuster la posture du chercheur. Il a été nécessaire d'y revenir à plusieurs étapes du travail.

Les MG participants n'étaient pas connus du chercheur avant le début de l'étude. Lors du recrutement par mail ou par contact téléphonique, ils ont été informés de l'objectif de l'étude dans le but de susciter l'intérêt nécessaire à leur participation.

b) Domaine 2 : Conception de l'étude

La principale limite d'une méthode qualitative résulte du fait que les résultats ne peuvent pas être extrapolés à la population générale, puisque l'échantillon ne se veut pas représentatif mais diversifié. Cependant cette étude a permis d'explorer de façon fine et approfondie le vécu des MG, données que l'on n'aurait pas pu obtenir par une autre méthode.

Comme précisé dans la partie METHODE, le choix s'est porté sur l'analyse inductive généralisée des données. Cette méthodologie était inconnue du chercheur avant la réalisation de ce travail de thèse. Il a été difficile de trouver des ouvrages de référence en la matière. Des ressources issues du web (17) ont servi d'appui, ainsi que l'ouvrage *Initiation à la recherche qualitative en santé*, de J.P LEBEAU (18).

L'utilisation de l'effet boule de neige a permis un recrutement relativement aisé des participants, puisque malgré le contexte de la pandémie de Covid-19, aucun refus n'a été opposé suite à un contact. Etant Interne au début du travail, ce type de recrutement a pu favoriser la proportion de MSU dans la population d'étude. Ce paramètre avait toutefois été intégré en amont du recrutement dans les facteurs sociodémographiques pouvant influencer les résultats.

Ce type de recrutement a permis par ailleurs de constituer un panel de MG formés à l'EM dans plusieurs instituts, favorisant l'exploration du vécu de la pratique de l'EM en général, plutôt que la façon de l'enseigner dans un institut en particulier.

Il est probable que les MG qui ont accepté de participer à l'étude ont été intéressés par le sujet du travail de recherche et soient sensibles à l'avancée des connaissances que permet le travail de thèse.

Aucun médecin n'a émis le souhait de retirer son consentement en cours d'étude.

Un entretien a été interrompu par la nécessité, pour un MG, de renseigner son Interne alors en consultation. L'entretien a pu reprendre quelques minutes après.

Bien que la représentativité ne soit pas un objectif en recherche qualitative, la proportion de femmes et d'hommes était cohérente avec la population des MG.

La rédaction de la grille d'entretien est détaillée dans la section METHODES. Cette dernière n'a pas été testée préalablement aux entretiens. Le premier entretien a été intégré à l'étude, considérant normale une progression du chercheur dans sa façon d'interroger les MG.

La retranscription intégrale des entretiens était fidèle mot à mot aux enregistrements. Ils n'ont pas été retournés aux participants afin d'éviter l'autocensure *a posteriori*.

Un seuil de saturation des données issues des verbatims n'a pas été défini en amont du travail, en raison de la considération théorique de cet aspect en recherche qualitative.

c) Domaine 3 : Analyse et résultats

Le codage des verbatims n'a pas pu être réalisé par l'ensemble des chercheurs en raison d'un manque de disponibilité. Aussi, la triangulation n'a pas été assurée pour l'ensemble des entretiens, laissant plus de place à un biais d'interprétation.

Pour autant, trois entretiens, tirés au sort, ont été codés par Claire SORS, médecin généraliste membre du Département Universitaire de Médecine Générale à Grenoble (38), formée à la recherche qualitative.

Les résultats de l'analyse ont été proposés aux participants afin de recueillir leurs impressions et vérifier l'interprétation du chercheur. Pour cela, un courriel leur a été adressé pour leur exposer cette démarche. Les résultats anonymisés étaient alors envoyés aux médecins volontaires. Trois médecins ont fait part de leur désir de lire ces résultats. Deux médecins ont retourné leurs impressions, qui ont été prises en compte pour l'analyse interprétative.

Les résultats sont présentés en quatre thèmes avec des extraits de verbatims. Les participants ont été identifiés.

II/ Résultat principal et comparaison à la littérature

Une présentation du modèle explicatif est présentée sous forme de logigramme ci-contre. (fig.1)

a) Sur la formation du MG à l'EM

Avant même leurs formations à l'EM, les MG avaient une conception élargie des possibilités qu'offrait cet outil : par leurs attentes concernant une possibilité d'acquérir des compétences en communication, par leurs désirs d'un meilleur accompagnement du patient.

Au-delà des techniques, les MG saisissaient, dès leur formation, l'esprit et les principes sous-tendant les outils de l'EM.

L'importance de l'esprit de l'EM est soulignée par Miller & Rollnick (M&R) : « *Nous avons toujours été amenés à plus insister sur l'esprit qui fonde l'EM que sur ses techniques* » (19).

« *Collaboration* », « *évocation des motivations propres* » et « *autonomie* » du patient définissent l'esprit général de l'EM. M&R précisent les quatre principes généraux de l'EM : « *exprimer de l'empathie ; développer la divergence ; rouler avec la résistance ; renforcer le sentiment d'efficacité personnelle.* »

Les attentes des MG reflétaient leurs compétences spécifiques, mises en œuvre dans leurs contextes de soins primaires, telles que définies dans les ouvrages de référence de la discipline (20). On entend par *compétence* « *un savoir agir modulable, adaptable, pour aborder une situation clinique ou professionnelle authentique et complexe* ». (21)

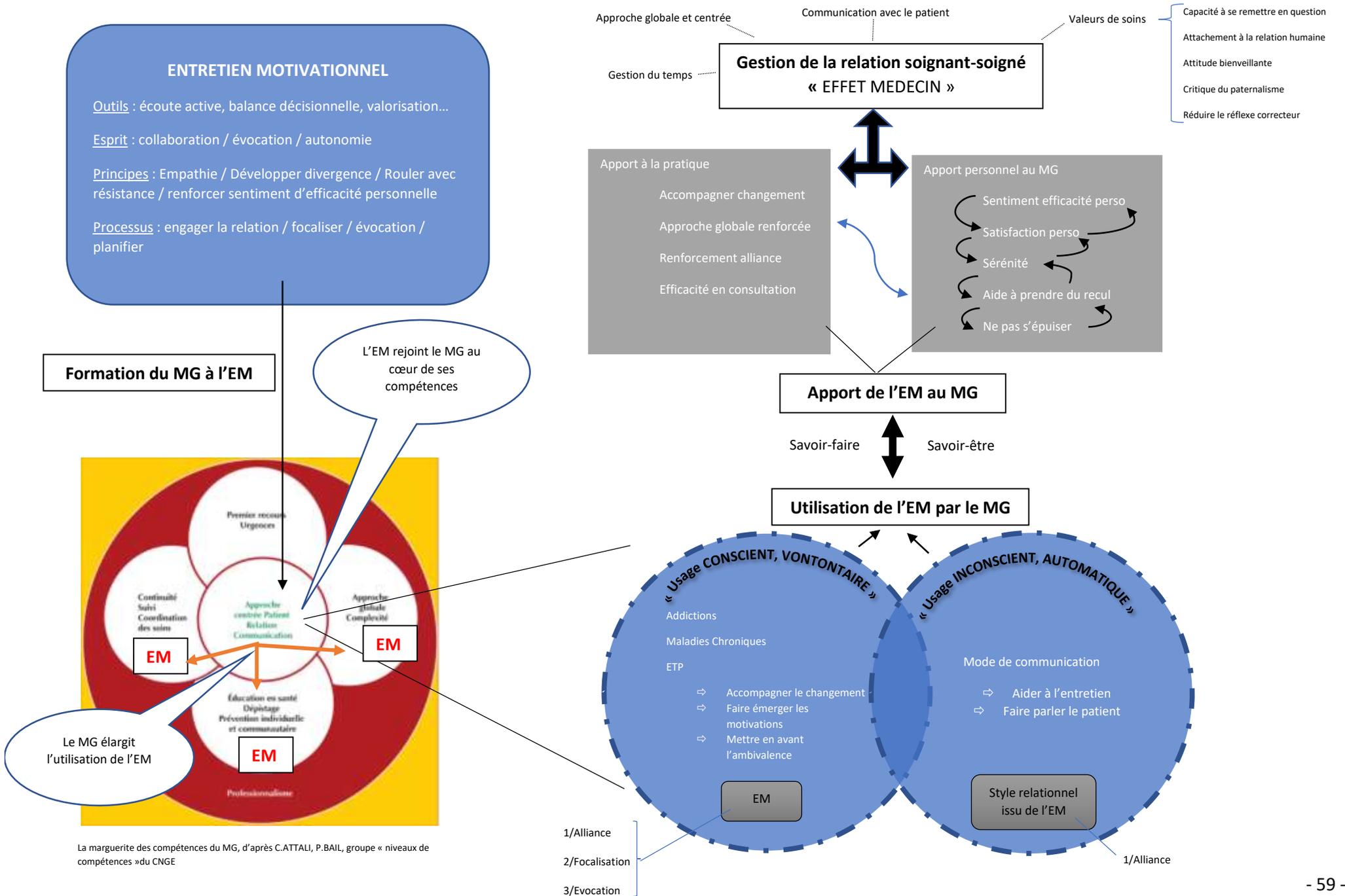
Ces compétences ont été modélisées par le Collège National des Généralistes Enseignants dans le modèle dit de la *Marguerite des compétences* (Annexe 2). On trouve au cœur de celles-ci : « *l'approche centrée sur le patient, la relation, la communication* » (22).

Comme le soulignent M&R : « *Nous insistons sur le fait que l'EM est plus une méthode de communication qu'un ensemble de techniques.* » (19).

L'EM venait donc rejoindre les MG au cœur de leurs compétences.

Ce logigramme se lit dans le sens antihoraire, en partant du coin supérieur Gauche

Figure 1 : Vécu de la pratique de l'EM par le MG



Cette notion d'EM, comme approche fondée sur les preuves des compétences que sont la communication et la relation médecin-patient dans l'exercice de la médecine générale, expliquait l' « *intérêt grandissant de l'EM dans l'enseignement du DES de médecine générale* » dans cette thèse de 2017(9). Cela dans un contexte d' « *enseignements hétérogènes au sein de cette compétence* » (23), malgré une « *forte attente de formation des internes de médecine générale* » (24).

b) Sur l'utilisation de l'EM par le MG

En ayant une bonne connaissance des outils de l'EM, les MG identifiaient de multiples possibilités et contextes d'utilisation, assumant de sortir parfois du cadre de l'EM : « *Je l'utilise tout le temps, mais pas pour le but initial de pourquoi cet outil a été créé.* » [P9]

Ils décrivaient deux grands modes d'utilisation de l'EM :

- un usage conscient, volontaire, avec une utilisation sélective des outils en fonction des circonstances ;
- un usage inconscient de l'EM, automatique, intégré en tant que mode de communication quasi permanent.

Miller et Rollnick, tout en reconnaissant une souplesse de l'EM : « *un consultant formé en EM a appris et pratiqué la méthode dans toute son étendue, et peut l'appliquer de façon souple dans le vaste champ des questions de motivation* », précisent bien l'importance du cadre motivationnel. (19).

Comme le rapporte cet article, tout en exposant les développements récents de l'EM, avec le temps et du fait d'une diffusion rapide de l'EM, des confusions sont nées autour de ce que la méthode englobe (25).

La confusion possible avait incité les auteurs à préciser « *Ce que l'EM n'est pas* » (26). Elle « *n'est pas une thérapie centrée sur la personne* » peut-on lire parmi les dix concepts auxquels on pourrait être tenté de réduire l'EM.

Plusieurs auteurs ont précisé ce que contenait l'EM :

- Patrick Berthiaume décrit que « *l'on est dans l'entretien motivationnel* » lorsque trois conditions (issues des processus de l'EM) sont réunies :
 - La communication est centrée sur la personne et l'écoute est empathique : **l'alliance** ;
 - Un objectif de changement est identifié et constitue le sujet de la conversation : la **focalisation** ;
 - Le thérapeute suscite chez le patient ses propres motivations à changer : **l'évocation**.

- Ces auteurs (27) nous rappelaient que « *malgré la souplesse d'utilisation de l'EM, la diversité des champs sanitaires et sociaux dont les acteurs pouvaient bénéficier d'une telle approche, la non-spécificité des références théoriques desquelles elle se réclame* », cela « *ne devait cependant ne pas faire oublier qu'il s'agit d'une méthode répondant à des critères de définition précis et faisant l'objet d'une réflexion et d'une recherche approfondies de la part des auteurs et des praticiens formés* ». « *L'EM n'en demeurait pas moins un style relationnel très particulier, bousculant à maints égards la relation thérapeutique classique, en particulier médicale.* »

Ainsi, rappelons que l'EM est définie par Miller et Rollnick comme « *une méthode de communication directive centrée sur le [patient], visant à l'augmentation de la motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* » (28).

Ces précisions nous font dire que l'usage « inconscient », tel que défini par les MG, n'était pas à proprement parler de l'entretien motivationnel mais plutôt la mise en pratique du style relationnel de l'EM. Ce mode d'utilisation reposait en effet principalement sur l'alliance avec le patient, alliance recherchée par les MG dans toute relation avec leurs patients, en tant que compétence centrale de la discipline.

Comme nous le verrons dans les apports de l'EM aux MG, ce sont ici les principes de l'EM hérités de Carl Rogers qui s'exprimaient dans le style relationnel de l'EM, sans le cadre motivationnel.

Ce style relationnel de l'EM, cette façon d'être, rejoignait en un sens la vision de ses auteurs : « *C'est bien plus qu'un ensemble de techniques utiles à la conduite d'entretiens. C'est une façon d'être avec les gens* » (19).

Le vécu de la pratique des utilisateurs de l'EM ayant été peu étudié jusqu'ici, il est difficile de comparer les résultats de ce travail avec la littérature.

Pour autant, il est important de préciser que Miller et Rollnick continuent de faire évoluer les concepts de l'EM. Cela à mesure de sa diffusion auprès « *des divers intervenants de soin eux-mêmes qui ont porté à (leur) intention le potentiel de l'EM dans le champ de la santé* » (19).

Ainsi des concepts comme « *interventions brèves* », « *conseils en changement de comportement* » ont été introduits plus récemment par les auteurs (28) (29). Ils distinguent des « *applications de l'EM dans les cabinets médicaux (...), des techniques plus simples, dans l'esprit de l'entretien motivationnel (...) mais [qui] ne devraient pas être considérées comme constituant la méthode de l'entretien motivationnel* ».

Des mises à jour de leurs ouvrages de références sont effectuées, jusqu'à la publication de ce manuel *Pratique de l'entretien motivationnel*, pour lequel M&R se sont adjoints, fait significatif, d'un enseignant de médecine générale, Christophe Butler (30).

c) Sur l'apport de l'EM au MG

1) Un changement du MG aussi

Il est intéressant de constater que dès l'utilisation initiale de l'EM par les MG, dans un contexte de sevrage tabagique par exemple, les MG décrivaient un changement dans leur pratique d'abord, conduisant ensuite à un changement du patient : « *Sur les sevrages de tabac, je me suis moins acharnée en fait.* » [P1]

Certains MG expliquaient une adaptabilité permise par l'EM en apprenant à accepter le rythme du patient « *je trouve que cette formation m'a permis de lâcher un peu du lest : je vais proposer, si ça veut pas, ça veut pas quoi.* » [P1]

La possibilité qu'un patient n'aille pas dans le sens du MG est accepté sereinement : *« quand on progresse pas on sait que cela fait partie de la prise en charge, et on dédramatise, on le détache d'un échec personnel. »* [P10]

Alors que le MG se formait à un outil accompagnant le changement du patient, il (re)découvrait une façon d'être associée au savoir-faire de la pratique de l'EM, le mettant lui-même en mouvement, par un ajustement de sa posture.

Ce changement du MG reposait sur l'appropriation de l'esprit et des principes de l'EM sous-tendant les outils.

2) L'écoute et l'héritage Rogerien

On retrouvait un changement du MG par différents aspects et notamment par la place supplémentaire qu'il accordait à l'écoute de son patient. Alors que le MG voulait s'engager avec le patient dans une démarche dynamique de changement, il prenait le temps de l'écouter d'abord, en adaptant sa posture. *« J'ai une posture d'écoute qui est différente. »* [P8]

L'EM venait renforcer la compétence d'écoute des MG.

Plusieurs études étudiant l'impact de l'EM sur les praticiens, corroboraient ce résultat :

- Une thèse (10) retrouvait qu'une formation à l'EM développait les compétences relationnelles des internes de médecine générale, avec en particulier un renforcement de leur compétence d'écoute.
- Un autre travail de thèse (11) montrait que l'EM permettait une prise de conscience et une amélioration des techniques communicationnelles des internes formés, avec une meilleure approche centrée sur les patients et une meilleure qualité d'écoute.

Cette compétence d'écoute s'inscrit dans un contexte des soins primaires, où *« le médecin généraliste intervient au stade précoce des maladies et [qu'il] soigne une personne malade plus qu'une maladie »* (31).

Elle est une compétence attendue par les patients comme le montraient ces études (32) (33).

« *Si vous écoutez attentivement le patient, il vous donnera le diagnostic* », suggérait Sir William Osler.

Anne Revah-Lévy relatait dans l'ouvrage *Docteur, écoutez !* l'importance de l'écoute, pour le patient, comme pour le médecin (34).

Une étude de Buffard (35) montrait comment l'écoute active des patients favorisait leur autonomie.

De fait, une place plus importante à l'écoute n'était pas synonyme pour les MG de retards accumulés ou de pertes de temps lors de la consultation, à condition de savoir la cadrer.

Le British Medical Journal (36), évoquait que « *le « guiding style » (l'EM), permet un gain de temps considérable quand il est bien maîtrisé* ».

Les MG y voyaient au contraire une efficacité à plus long terme : « *on laisse parler les gens, et en laissant parler on gagne du temps.* » [P10] , et allaient même jusqu'à parler d'investissement : « *on prend un peu de temps maintenant pour plus tard.* » [P7]

On retrouvait ici des concepts évoqués par M. Balint dans *Le Médecin, son malade et la maladie* (37). Balint y évoquait l'importance de l'écoute, base d'un « *diagnostic approfondi* ».

L'EM favorisait par cette disposition à l'écoute, un diagnostic de situation par les MG, par une meilleure compréhension globale du patient.

Balint décrit également la notion de « *compagnie d'investissement mutuel* », où « *l'omnipraticien acquiert progressivement un précieux capital investi dans son patient et, réciproquement, le patient acquiert un précieux capital, qu'il dépose chez son praticien* ».

Cette place de l'écoute dans l'EM témoignait de l'héritage de Carl Rogers (38) et son *écoute active*, intégrée à l'*Approche centrée sur la personne* (39).

Miller et Rollnick assumaient d'ailleurs cette inspiration : « *Nous considérons que l'écoute réflexive ou la juste empathie, comme la décrit Carl Rogers, est le fondement sur lequel sont bâties les compétences cliniques à l'EM.* » (19).

Comme rapporté dans cet article (40), l'EM est une évolution de l'approche humaniste de la relation de soin conçue par Carl Rogers : « *D'un côté, l'EM se fonde sur l'état d'esprit prôné par Carl Rogers (empathie, non-jugement, bienveillance) et utilise les mêmes outils. D'un autre, il se démarque radicalement de l'entretien non directif puisqu'il oriente sciemment le discours du [patient] dans le but de favoriser le changement.* »

Cet article (41) décrivait cependant « *le rôle propre de l'écoute réflexive au sein de l'EM.* » Réciproquement, des « *enrichissements ont été apportés par l'EM à la reformulation, notamment en lien avec la production du discours-changement, permettant de nouvelles orientations et applications dans le champ de la psychothérapie notamment.* »

C'est donc un mode de communication riche de nombreux héritages, fondé sur l'état d'esprit humaniste, que le MG recevait en se formant à l'EM. Ces héritages parsemaient le vécu de sa pratique.

3) La psychologie, l'EM et le MG

Du fait de ce vaste héritage accompagnant l'EM, reçu par le MG au cœur d'une multitude de compétences spécifiques et de par une grande souplesse de la méthode clinique elle-même, le MG dépassait largement le cadre motivationnel lors de sa pratique de l'EM.

Une des particularités de ce travail de thèse a été de mettre en évidence un intérêt particulier des MG formés à l'EM pour le champ psychologique de la prise en charge de leur patient. Est-ce le fait de l'outil ou du MG ?

Outre le fait que cette approche ait été inventée par deux psychologues, les MG ont le souci d'une approche globale du patient : « *Oui, voir la personne dans son ensemble ça apporte beaucoup plus.* » [P6].

En utilisant l'EM, ils apprenaient à observer les stades de changement de leurs patients, guettant le moment opportun pour avancer avec eux. En se mettant à l'écoute de leurs patients, ils se voyaient confier des éléments intimes, des blessures. Ils pouvaient

rattacher parfois certains symptômes organiques à des racines psychiques. Peu à peu ils recherchaient eux-mêmes, derrière les symptômes organiques des patients, la présence éventuelle d'une part psychologique, dans l'idée de remonter à la racine des maux : « *On essaye de trouver toujours la vraie cause, le mécanisme.* » [P7]

En intégrant activement le champ psychologique à leur pratique, les MG avaient une compréhension plus globale de la situation de leurs patients. Ils retrouvaient avec l'EM l'importance d'agir au bon endroit, au bon moment, en traitant la véritable cause. « *Moi, j'aime bien m'occuper des vrais problèmes quoi.* » [P7]

Cette ouverture au champ psychologique nécessitait de savoir passer la main lorsque le MG se sentait dépassé par ce qui lui était confié.

BALINT (37) recommandait aux MG de s'emparer des problématiques psychologiques, qui représentent « *une part non négligeable de l'activité* ». Il dénonçait cependant que « *la formation médicale actuelle ne prépare pas l'omnipraticien pour au moins un quart du travail qu'il est appelé à faire* ».

Les patients eux-mêmes partagent ces attentes d'une considération par leur MG des problématiques concernant leur santé psychologique (42).

Cette étude retrouvait que les formations ciblées en communication, tel que l'EM, pourraient diminuer les difficultés ressenties par les internes de médecine générale lors de la prise en charge de patient en souffrance psychique (43).

Cette autre étude décrivait l'intérêt de recourir à l'EM en tant qu'intervention adjuvante des TCC dans le cadre des troubles anxieux (44).

Cet article décrivait comment l'EM pouvait être utilisé en préalable d'une psychothérapie ou s'intégrer dans de multiples psychothérapies (45).

Cet article encore montrait comment appliquer quelques concepts simples de l'EM dans la pratique psychiatrique au quotidien (46).

Ainsi, le MG trouvait dans l'EM une aide aux considérations psychologiques de ses patients et un moyen d'agir aux côtés d'autres approches complémentaires.

4) Un épanouissement personnel

Les médecins ressentait lors de la pratique de l'EM une forme de sérénité : satisfaction personnelle, renforcement de leur sentiment d'efficacité, aide à la prise de recul...

Cette notion de bien être confirme la présentation de la pratique de l'EM faite par S.ROLLNICK, W.R.MILLER et C.BUTLER (30), qui décrivent que l'EM peut avoir un impact direct sur la santé des utilisateurs : *« Il peut s'avérer fatigant de se sentir responsable du changement de comportement des autres. Lorsque vous serez perfectionnés dans votre façon de guider, vous constaterez que cette source de stress diminue et que vous apprenez à vous occuper du patient, sans forcément supporter le poids et la responsabilité du changement. Cela peut retentir sérieusement sur votre bien-être. »*

Une thèse de médecine générale retrouvait cette sérénité et cet épanouissement personnel lors de la pratique de l'EM par le MG. (12)

Cet apport au MG est à souligner, alors qu'il fait partie de la population identifiée comme à risque de surmenage. (47) (48)

Cette thèse, sur le *Vécu du MG de la relation soignant-soigné*, retrouvait qu'une formation en communication faisait partie des stratégies mises en place par le MG pour prévenir le burn-out. (49)

En synthèse, l'EM venait bousculer le MG dans sa posture, sa vision du soin, jusque le rejoindre parfois dans ses valeurs personnelles, y compris dans sa vie intime.

Cet ajustement de posture du MG, cet esprit de l'EM et les nombreux outils efficaces en consultation, permettaient un apport personnel considérable au MG.

Les mots utilisés par les MG dans les verbatims sont très positifs et participent à cette impression de mouvement du praticien aux côtés du patient : « *efficience, efficacité, être actif, être efficace, moins démunis, performant, bonheur, épanouissant, plaisir, satisfaisant...* »

La pratique de l'EM valorisait le MG en renforçant son sentiment d'efficacité personnelle.

d) Sur la gestion de la relation soignant-soigné par le MG formé à l'EM

Cet ancrage, cet apport personnel aux MG, se ressentait sur la gestion de la relation soignant-soigné. En intégrant l'EM à leur pratique, les MG trouvaient un moyen de mettre en œuvre leurs compétences spécifiques, dans leur savoir-faire, comme leur savoir-être.

Les MG formés à l'EM exprimaient un style empreint d'empathie dans l'accompagnement de leurs patients. Dans les pas de Carl Rogers, on retrouvait une inclination pour le courant humaniste du soin (50). Ils s'engageaient à leur côté pour les guider, en s'identifiant à des valeurs de soins. « *Je les accompagne en fait. De façon bienveillante.* » [P10]

Ils souhaitaient les faire accéder au plus intime d'eux-mêmes, à la recherche de ressources internes, tout en s'efforçant de respecter leur autonomie, leur rythme. Les MG mettaient leur excellence personnelle, renforcée par l'EM, au service du patient.

Ces dispositions personnelles du médecin, interviennent dans le processus thérapeutique du patient, selon Balint. Il a défini le concept d'« *effet médecin* » : « *Le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale [est] le médecin lui-même.* » (37).

« *Au bout d'un certain nombre d'années, on n'a que des gens qui viendront rechercher ce que l'on est.* » [P2]

C'est l'objet d'étude des *groupes Balint* (51) existant aujourd'hui. Ils donnent, à chaque médecin, le moyen d'étudier la relation soignant-soigné dans leur pratique. A travers cette relecture, ce dernier peut ajuster sa posture, à des fins relationnelles thérapeutiques.

Une revue systématique de littérature sur l'efficacité de l'effet médecin en soins primaires a été publiée en 2006 (52). Celle-ci décrivait que cet *"effet médecin"* reposait sur « *une attitude "émotionnelle" d'attention, d'empathie, de réassurance positive et des capacités à suggérer des changements comportementaux et psychoaffectifs chez le patient, par une incitation à poser des questions, à exprimer des émotions, une prise en compte des attentes, des représentations et croyances...* »

Il est probable que le bénéfice personnel de l'EM contribuait à cet effet médecin chez les MG.

On pourrait rapprocher cette disposition des médecins, empreinte d'empathie, à celle du leader. N'y a-t-il pas derrière ce concept de *leader* quelque chose de *l'effet médecin* ?

Dans le monde de l'entreprise, le *leadership* (53) se développe auprès des managers, encourageant une intelligence relationnelle, associée à une disposition à guider et non à imposer. Il s'agit pour un manager de dépasser sa position hiérarchique pour devenir un leader. En médecine, c'est l'incitation pour un médecin paternaliste à quitter son réflexe correcteur pour entrer dans un partenariat. Bien qu'en Médecine ce sera l'intérêt exclusif du patient qui sera recherché, on retrouve cette place privilégiée de la relation à l'autre, que les MG renforçaient avec l'EM.

Ainsi, ces deux contextes relationnels partagent le même mouvement, la même disposition intérieure, reposant sur l'empathie.

L'EM, en un sens, permettrait aux MG d'exercer leur leadership !

La lecture de ces résultats permettait de se rendre compte que l'EM dépasse toute représentation que l'on peut s'en faire. « *L'EM ce n'est pas qu'une technique de communication mais c'est aussi une philosophie pour moi.* » [P3]

e) Faut-il se former à l'EM ?

Certains MG ont reconnu pendant leur formation des principes de l'EM qu'ils connaissaient déjà ou des aptitudes naturelles pour eux, pouvant leur faire dire qu'ils

pratiquaient peut-être l'EM sans le savoir. Or, « *L'EM n'est pas ce que vous faites déjà* » prévenait Miller.(26)

Tous les MG ont appris effectivement quelque chose pendant leur formation, comme en témoignent les retours positifs dans les verbatims. Pour reprendre la métaphore du langage, exprimée par certains MG, il est possible d'avoir des notions innées d'EM mais se former permettra une plus grande aisance dans la pratique, une efficacité dans la consultation.

Une thèse (54) confirmait en 2012 que « *si l'intuition tient une place importante dans la relation avec le patient, la mise en œuvre des entretiens motivationnels nécessite une formation spécifique pour une utilisation juste et aisée.* »

Au-delà de leur formation, certains MG ont ressenti la nécessité de faire partie de groupe de pairs entre utilisateurs de l'EM pour parfaire leurs compétences.

Miller confirmait en 2004 la « *nécessité de se perfectionner au-delà des formations théoriques pour modifier ses pratiques et acquérir de nouvelles compétences en EM.* » (55)

Dans l'optique d'une réelle intégration de l'EM à ses pratiques professionnelles, il est démontré la nécessité d'obtenir une rétroaction sur ses pratiques par la supervision. (56)

Il existe un instrument de codage permettant l'évaluation de la fidélité des interventions aux principes de l'EM, le *MITI* (Motivational Interviewing Treatment Integrity). (57) Il peut servir de support à une supervision ou permettre une auto-évaluation des utilisateurs de l'EM.

Une formation pour pratiquer l'EM est non seulement fondamentale mais elle nécessite un suivi des acquis dans le temps, au même titre que de nombreux savoirs dans notre discipline.

f) Sur les autres modes de communication

Un accompagnement bienveillant au changement du patient n'est pas l'apanage de l'EM. D'autres modes de communication sont à la disposition des MG (4).

Citons par exemple, l'hypnose Ericksonienne (58), donnant la possibilité pour le thérapeute d'accompagner le patient, de lui révéler ses ressources internes, d'être un partenaire favorisant son chemin de guérison. Certains MG y étaient également formés.

Toutes ces approches sont complémentaires. En se formant à d'autres méthodes, le MG prendra en compte le dixième point de Miller et Rollnick dans *Ce que l'EM n'est pas* : « *l'EM n'est pas une panacée.* » (26)

III/ Perspectives

a) Pour la recherche :

Il serait intéressant de mesurer l'épanouissement et la qualité d'écoute des MG pratiquants l'EM, grâce aux outils validés pour cela.

Le *sentiment d'impuissance* et la *pression du temps* semblent être des facteurs jouant un rôle sur les prescriptions des médecins (59). Il serait intéressant d'étudier les prescriptions médicamenteuses des MG formés à l'EM.

La supervision et l'utilisation du MITI permettant de garantir une fidélité à l'EM, on pourrait comparer les vécus de MG suivant ces recommandations.

On pourrait comparer le vécu de MG formés à d'autres outils de communication.

b) Pour la pratique :

La promotion de l'EM étant bénéfique à l'ensemble des protagonistes de la relation soignant-soigné, ce travail pourrait servir d'illustration aux organismes de formation ou à l'AFDEM (Association Française de Diffusion de l'EM).

c) Pour l'enseignement et la formation :

L'ensemble des apports décrits par les MG redisent l'importance et la nécessité de formations en communication, à la relation soignant-soigné, dès le cursus universitaire. Ce travail parmi les autres pourrait encourager à (re)placer l'essentiel au cœur du soin.

« Le médecin est par excellence un être de communication, c'est-à-dire d'écoute et de discours, ces voies qui font pénétrer au cœur de la dignité des hommes qui se confient à lui ».

RAPIN M. — Thérapeutique et Communication, Concours Méd., 1979, 4469-4470.

CONCLUSION

La diffusion de l'entretien motivationnel se poursuit, multipliant ses applications en fonction des utilisateurs qui se l'approprient. Par ses compétences spécifiques, le médecin généraliste contribue au développement de nouvelles perspectives.

L'objectif de l'étude était de rapporter différents vécus de médecins généralistes pratiquant l'entretien motivationnel. En repartant des origines de leurs formations, nous en avons décrit l'utilisation faite par le médecin généraliste, puis nous avons déterminé l'apport de l'entretien motivationnel pour leur pratique et pour eux-mêmes, pour décrire finalement leur gestion de la relation soignant-soigné.

Alors qu'ils étaient formés à un outil conduisant au changement du patient, les médecins généralistes décrivaient un bénéfice personnel à la pratique de l'entretien motivationnel, associé à un ajustement de leur posture. Au fur et à mesure de leur pratique, ils élargissaient les contextes d'utilisation, sortant parfois du cadre motivationnel et faisant de l'entretien motivationnel leur principal mode de communication. Ils s'approprièrent les outils, les principes et l'esprit de l'entretien motivationnel, au service de leur exercice quotidien et d'eux-mêmes. L'entretien motivationnel venait renforcer plusieurs compétences spécifiques des médecins généralistes. Son usage apportait un sentiment d'efficacité personnelle, de satisfaction et sérénité. L'ensemble concordait à une pratique plus épanouissante.

Cette thèse confirmait l'intérêt de l'entretien motivationnel pour le médecin généraliste lui-même, au bénéfice de la relation de soin. Poursuivre la diffusion de l'entretien motivationnel au sein de notre discipline profiterait au plus grand nombre, patients comme soignants.

BIBLIOGRAPHIE

1. BALINT M, VALABREGA J-P. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot & Rivages; 2003.
2. MANTZ J-M, WATTEL F, BAROIS A, BANZET P, DUBOUSSET J, GLORION B, ET AL. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 déc 2006;190(9):1999-2011.
3. Référentiels métiers et compétences médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Berger-Levrault; 2010.
4. SALA B. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient. 2018.
5. MILLER WR, ROLLNICK S. L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement. 2011.
6. ENGEL GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science. 8 avr 1977;196(4286):129-36.
7. The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psychiatry. mai 1980;137(5):535-44.
8. EDMOND K. Évaluation de l'efficacité des entretiens motivationnels dans les cabinets de médecine générale: revue de littérature systématique. 2021.
9. HOURS H. Etat des lieux de la formation à l'entretien motivationnel durant le diplôme d'études spécialisées de médecine générale en France en 2016-2017. 2017.
10. VIDAILLAC M. Impact d'une formation à l'entretien motivationnel sur les pratiques des internes de médecine générale. 2014.
11. KERDRAON M. Impacts sur les aptitudes en communication et apports à la pratique médicale d'une formation à l'entretien motivationnel des étudiants de médecine générale de Caen. 2019.
12. SOLTY C. Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel. 2013.
13. L'Entrevue motivationnelle: un guide de formation (2001) adapté par **VINCENT ROSSIGNOL**.
14. THOMAS D. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. American Journal of Evaluation. 1 juin 2006;27:237-46.
15. GEDDA M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. 1 janv 2015;15(157):50-4.
16. GILLES DE LA LONDE J, CADWALLADER J, LUSTMAN M, LEBEAU J. Questionner la question. exercer 2020;165:324-8.

17. BLAIS M, MARTINEAU S. L'analyse inductive générale: Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*. 1 janv 2006;26.
18. LEBEAU J-P. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Puteaux] [Paris: Global média santé CNGE productions; 2021.
19. MILLER WR, ROLLNICK S, LECALLIER D, MICHAUD P. L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement. Paris: Interéditions; 2006.
20. Référentiels métiers et compétences: médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.
21. FRAPPE P, ATTALI C, MATILLON Y. Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale. *exercer* 2010;91:41-6.
22. COMPAGNON L, BAIL P, HUEZ J, STALNIKIEWICZ B, GHASAROSSIAN C, ZERBIB Y, PIRIOU C, FERRAT E, CHARTIER S, LE BRETON J, RENARD V, ATTALI C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer* 2013;108:148-55.
23. ADELIN F, YANA J. Etat des lieux des modalités de l'enseignement de la compétence «Relation–Communication–Approche Centrée Patient» au sein des Départements de Médecine Générale français. 2016;
24. LARAPIDIE C. Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient. 2018.
25. FORTINI C, DAEPPEN J-B. L'entretien motivationnel: développements récents. *Psychothérapies*. 2011;31(3):159-65.
26. MILLER WR, ROLLNICK S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother*. mars 2009;37(2):129-40.
27. LECALLIER D, MICHAUD P. L'entretien motivationnel, une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et addictologie*. 2004;26(2):129-34.
28. MILLER WR, ROLLNICK S. *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002. 428 p.
29. Variations sur un thème : l'entretien motivationnel et ses adaptations. Traduit de : « Motivational Interviewing : Preparing People For Change » STEPHEN ROLLNICK ET AL. [Internet]. AFDEM. 2007 [cité 19 déc 2021]. Disponible sur: <https://afdem.org/adaptation1/>
30. ROLLNICK S, MILLER WR, BUTLER CC, LANGUERAND É, LECALLIER D, MICHAUD P. *Pratique de l'entretien motivationnel: communiquer avec le patient en consultation*. Malakoff: InterÉditions; 2018.
31. KANDEL O, BOUSQUET M-A, CHOUILLY J. *Manuel théorique de médecine générale: 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline*. Global media santé; 2015.

32. DEDIANNE M.C, HAUZANNEAU P, LABARERE J. ET AL. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? La Rev du Prat Med Gen , 2003; 17(612) : 653-6.
33. MOUSEL C. Le médecin généraliste en 2007: Evolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain.
34. REVAH-LEVY A, VERNEUIL L. Docteur, écoutez ! Paris: Albin Michel; 2016.
35. BUFFARD L. Comment l'écoute active des patients favorise leur autonomie: étude sur la relation médecin-malade, centrée sur l'écoute active et l'accès au sens de la maladie. 1992.
36. ROLLNICK S, BUTLER CC, KINNERSLEY P, GREGORY J, MASH B. Motivational interviewing. BMJ. 27 avr 2010;340:c1900.
37. BALINT M, VALABREGA J-P. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot & Rivages; 2003.
38. ROGERS CR, PAGES M, HERBERT EL. Le développement de la personne. Paris: InterÉditions; 2005.
39. ROGERS CR, PRIELS J-M. Carl Rogers et le développement de l'Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche. 2008;8(2):50-2.
40. HUISMAN J.-P. Sevrage tabagique : ce qu'il faut savoir de l'entretien motivationnel. Réalités Cardiologiques. sept 2019;(347).
41. CSILLIK A, PAILLOT C. L'écoute réflexive : un nouvel usage en psychothérapie, spécificités de l'entretien motivationnel. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. 1 déc 2013;23(4):181-7.
42. TETE K. Attentes des patients envers leur médecin généraliste, concernant leur santé psychologique : une étude qualitative par entretiens individuels, en Auvergne. 2020.
43. RENEVRET T. Communication, patients en souffrance psychique et entretien motivationnel en internat de médecine générale. 2020.
44. MARIE-LOUISE L. Thérapies cognitives et comportementales des troubles anxieux : prise en charge du trouble panique avec agoraphobie et plus-value thérapeutique de l'entretien motivationnel. 2020.
45. LANGUERAND É. L'entretien motivationnel : un préalable et un complément à intégrer dans la psychothérapie. Le Journal des Psychologues. mars 2018;(355).
46. FOND G, DUCASSE D, ATTAL J, LARUE A, MACGREGOR A, BRITTNER M, ET AL. Appliquer quelques concepts simples de l'entretien motivationnel dans la pratique psychiatrique au quotidien. PSN. 2012;10(1):51-62.
47. CASIN G. Syndrome d'épuisement des médecins généralistes français : revue de la littérature. 2016.

48. CATHEBRAS P, BEGON A, LAPORTE S, BOIS C, TRUCHOT D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. La Presse Médicale. 1 déc 2004;33(22):1569-74.
49. VOIRON MFT. Vécu du médecin généraliste de la relation médecin-patient lorsqu'elle évolue avec les années de suivi. 2019.
50. LAVIGNE SOPHIE ET PHANEUF MARGOT. L'humanisme un concept phare : mieux le comprendre pour mieux en tirer parti – Prendre soin [Internet]. [cité 19 déc 2021]. Disponible sur: <http://www.prendresoin.org/?p=3412>
51. Les groupes Balint | Société Médicale Balint [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php>
52. MOREAU A, BOUSSAGEON R, GIRIER P, FIGON S. Efficacité thérapeutique de “l'effet médecin” en soins primaires. La Presse Médicale. 1 juin 2006;35(6, Part 1):967-73.
53. VANDENBUSSCHE-MASCLET I. L'empathie pour manager demain: du management au leadership. 2019.
54. HAMM A. Place des entretiens motivationnels dans les cabinets de médecine générale français en 2012. 2012.
55. 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. déc 2004;72(6):1050-62.
56. CROFFOOT C, KRUST BRAY K, BLACK MA, KOERBER A. Evaluating the effects of coaching to improve motivational interviewing skills of dental hygiene students. J Dent Hyg. 2010;84(2):57-64.
57. MOYERS TB, MANUEL JK, ERNST D. Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4.2 (MITI 4.2). Adapté et traduit de l'anglais par Cristiana Fortini, Patrick Berthiaume et Jacques Gaume.
58. LACROIX M. Vécu de patients ayant pratiqué l'hypnose auprès de médecins généralistes. 2015.
59. VEGA A. Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. Formindep 2011. In.

ANNEXES

Annexe 1 : Grilles d'entretien

Version initiale

INTRODUCTION

- Présentation rapide de la thèse.
- Demande d'autorisation d'enregistrer.

CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES = questions fermées

Sexe	Age	Mode d'exercice	Durée installation	Formation(s) EM	Compétence spécifique
H/F	X (années)	-Urbain / rural / semi-rural -cabinet /MSP /salarié -(département)	X (années)	Organisme, année	MSU / DU...

EXPLORATION = canevas d'entretien, 6 à 8 questions ouvertes

Question brise-glace : Est-ce que vous vous rappelez votre dernière consultation où vous avez eu besoin de l'EM avec un patient ?

- **1/ Quels sont les aspects de l'EM que vous utilisez le plus ?**
(questions ouvertes ? valorisation ? reflets ? résumés ? l'état d'esprit ? non-jugement ?)
- **2/ comment en êtes-vous venu à vous former à l'EM ?**
(Pourquoi ? Quelles attentes ? Suite à quelle situation ? à quelle difficulté?)
- **3/ Qu'est-ce que la formation à l'EM a changé dans votre pratique ?**
(Que faisiez- vous avant que vous ne faites plus ? Que faites-vous maintenant que vous ne faisiez pas ? modifications de posture ? de façon de travailler ? de rythme ?)
- **4/ Dans quel contexte utilisez-vous l'EM au cabinet ?**
(Pour quels motifs de consultation ? pour quels patients ? dans quel but ? de manière réfléchie ?)
- **5/ Quels sont les avantages à l'utilisation de l'EM dans votre pratique ?**
(qu'est-ce que ça vous apporte ? Quels effets bénéfiques ?)
- **6/ Quels sont les freins à l'utilisation de l'EM dans votre pratique ?**
(quels sont les difficultés ? quels sont les désavantages ?)
- **7/ Quel est l'apport de l'EM dans votre relation avec le patient ?**
(dans votre communication avec lui ? dans votre écoute ? dans la perception de lui ? dans l'ACP ? dans votre ressenti ?)
- **8/ Qu'est-ce que l'EM vous a apporté personnellement ?**
(dans votre vie perso ? quel incidence sur vos proches ? sur votre caractère ? utilisation hors cadre pro ?)

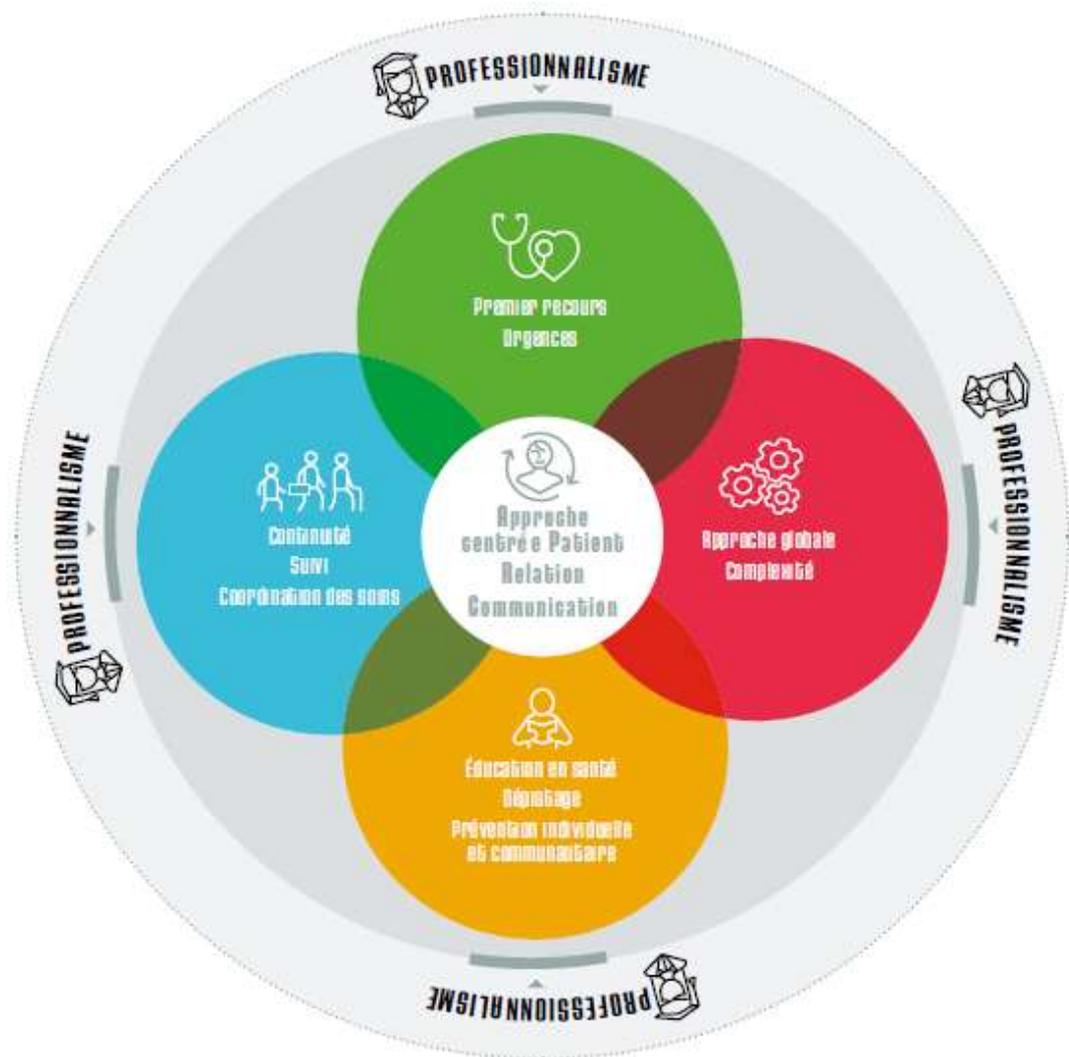
Version finale

EXPLORATION = canevas d'entretien, 6 à 8 questions ouvertes

Est-ce que vous vous rappelez la dernière fois que vous avez utilisé l'EM en consultation ?

- **1/ Quels sont les outils de l'EM que vous utilisez le plus ?**
(questions ouvertes ? valorisation ? reflets ? résumés ? l'état d'esprit ? non-jugement ?)
- **2/ Pourquoi et comment en êtes-vous-venu à vous former à l'EM ?**
(Pourquoi ? Quelles attentes ? Suite à quelle situation ? à quelle difficulté?)
- **3/ Qu'est-ce que la formation à l'EM a changé dans votre pratique ?**
(Que faisiez-vous avant que vous ne faites plus ? Que faites-vous maintenant que vous ne faisiez pas ? modifications de posture ? de façon de travailler ? de rythme ?)
- **4/ Dans quel contexte utilisez-vous l'EM au cabinet ?**
(Pour quels motifs de consultation ? pour quels patients ? dans quel but ? de manière réfléchie ?)
- **5/ Qu'est-ce que l'EM vous apporte dans votre pratique de médecine générale ?**
(quels avantages ? Quels effets bénéfiques ? A quoi ça vous sert ?)
- **6/ Quel rôle joue l'EM dans votre relation avec le patient ?**
(dans votre communication avec lui ? dans votre écoute ? dans la perception de lui ? dans l'ACP ? dans votre ressenti ?)
- **7/ Quels sont les freins à l'utilisation de l'EM dans votre pratique ?**
(quels sont les difficultés ? quels sont les désavantages ?)
- **8/ Qu'est-ce que l'EM vous a apporté personnellement?**
(dans votre vie perso ? quel incidence sur vos proches ? sur votre caractère ? utilisation hors cadre pro ?)

Annexe 2 : Marguerite des compétences



Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les 6 compétences principales de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.



SOURCE : d'après C. ATTALI, P. BAIL et al. groupe « niveaux de compétences » du CNGE

www.societefmg.fr

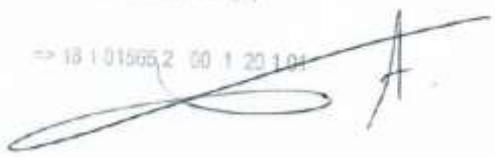
Vu, les Directeurs de Thèse

Docteur ICHIR Alain
20, Rue des Ormes
18800 BAUGY
18 1 99021 9



Docteur ICHIR Alain
01 - Médecin Généraliste Conventionné
21 avenue de la République
18 110 St. Martin d'Aunay

=> 18 1 01565 2 00 1 20 1 01



Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Auteur : BESANÇON Guillaume

84 pages – 1 tableau – 1 figure – 2 annexes

TITRE : VECU DE LA PRATIQUE DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL PAR LE MEDECIN GENERALISTE

Résumé : L'évolution de la relation soignant-soigné permet de promouvoir en soins primaires un modèle de relation centrée sur le patient, pour un objectif de décision médicale partagée. Plusieurs outils de communication au service de cette relation sont à disposition des médecins généralistes. L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. Initialement conçu pour le champ de l'addictologie, son usage s'étend progressivement. Son efficacité sur le patient est bien démontrée. Peu d'études ont étudié le vécu de ses utilisateurs.

L'objectif de ce travail de thèse était d'évaluer l'apport de l'entretien motivationnel pour le médecin généraliste, en explorant la pratique de l'entretien motivationnel par des médecins généralistes.

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs a été réalisée auprès de médecins généralistes libéraux formés à l'entretien motivationnel. Dix entretiens ont été conduits entre octobre 2020 et Juin 2021. Une analyse du contenu thématique des verbatims a été menée selon l'approche inductive généralisée.

Alors que le médecin généraliste était formé à un outil conduisant au changement du patient, on retrouvait un bénéfice personnel à la pratique de l'entretien motivationnel, associé à un changement du médecin généraliste lui-même. Au fur et à mesure de leur pratique, les médecins généralistes élargissaient les contextes d'utilisation et faisaient de l'entretien motivationnel leur principal mode de communication. Ils s'approprièrent les outils, les principes et l'esprit de l'entretien motivationnel au service de leur exercice quotidien et d'eux-mêmes. L'entretien motivationnel venait renforcer plusieurs compétences spécifiques des médecins généralistes. L'usage de l'entretien motivationnel apportait un sentiment d'efficacité personnelle, satisfaction et sérénité. L'ensemble concordant à une pratique plus épanouissante.

Cette thèse confirmait l'intérêt de l'entretien motivationnel pour le médecin généraliste lui-même, au bénéfice de la relation de soin. Poursuivre la diffusion de l'entretien motivationnel profiterait au plus grand nombre, patients comme soignants.

Mots clés : relation soignant-soigné ; communication ; entretien motivationnel ; Médecins Généralistes

Jury :

Président du Jury : Professeur Nicolas BALLON

Directeurs de thèse : Docteur Alain ICHIR et Docteur Anaïde NOE-LAGRANGE

Membres du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA
Docteur Anne DANSOU

Lieu et date de soutenance : Tours, le vendredi 21 Janvier 2022