Année 2022/2023 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État par

Léa JEUDI

Née le 9 janvier 1992 à Tours (37)

Accompagner le changement de comportement en santé des patients : Exploration des pratiques et représentations d'un panel de 14 médecins généralistes d'Indre et Loire.

Présentée et soutenue publiquement le **27 juin 2023** devant un jury composé de :

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

Membres du Jury :

Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine, Tours

Docteur Vanessa BARBOSA, Médecine Générale, IRSA – Tours

Directrice de thèse : Docteur Anne DANSOU, Pneumologie et Tabacologie UCT, PH, CHU – Tours

Année 2022/2023 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État par

Léa JEUDI

Née le 9 janvier 1992 à Tours (37)

Accompagner le changement de comportement en santé des patients : Exploration des pratiques et représentations d'un panel de 14 médecins généralistes d'Indre et Loire.

Présentée et soutenue publiquement le **27 juin 2023** devant un jury composé de :

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

Membres du Jury :

Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine, Tours

Docteur Vanessa BARBOSA, Médecine Générale, IRSA – Tours

Directrice de thèse : Docteur Anne DANSOU, Pneumologie et Tabacologie UCT, PH, CHU – Tours

RESUME

Accompagner le changement de comportement en santé des patients : Exploration des pratiques et représentations d'un panel de 14 médecins généralistes d'Indre et Loire.

Introduction : L'accompagnement dans un changement de comportement en santé fait partie des rôles du médecin généraliste, dans une intention de promouvoir la santé des patients. Le changement est le fait de passer, via de multiples étapes, d'un état à un autre. L'ambivalence du patient pour un changement est inconfortable, lui faisant préférer le statut quo. C'est la résolution de cette ambivalence qui est la clé pour engager un changement. L'objectif de cette étude est d'explorer les pratiques et les représentations des médecins généralistes dans l'accompagnement au changement de comportement en santé des patients.

Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 14 médecins généralistes d'Indre et Loire. Une analyse inspirée de la théorisation ancrée a été menée jusqu'à saturation des données.

Résultats : Les médecins généralistes décrivaient l'importance et l'influence de leur savoir-être, de leur savoir-faire et de leur humanité propre dans l'accompagnement au changement en santé des patients. Certaines pratiques et représentations étaient claires dans l'esprit des médecins généralistes quant à leurs intérêts ou non dans l'accompagnement, alors que d'autres engendraient des divergences de point de vue. Également, sans en avoir conscience, les médecins pouvaient faire émerger des résistances au changement chez les patients.

Conclusion : Cette thèse montre l'influence du savoir-être, du savoir-faire et de l'humanité propre des médecins généralistes pour l'accompagnement au changement en santé des patients. Elle montre également la potentielle responsabilité du médecin quant à l'émergence de facteurs de résistance chez le patient, qui peut donc conduire à l'échec de l'accompagnement. L'entretien motivationnel propose des clés pour un accompagnement satisfaisant pour tous, médecins comme patients.

Mots-clés : changement, accompagnement, médecins généralistes, entretien motivationnel

ABSTRACT

Supporting behavior change in patient health: exploration of practices and representations in a panel of 14 general practitioners in Indre-et-Loire.

Introduction: Supporting health behavior change is one of the roles of the general practitioner, aiming to promote patient health. Change is the fact of moving from one state to another, through multiple steps. Patient ambivalence for change is uncomfortable and results in preferring status quo. Solving such ambivalence is key to trigger change.
This study aims to explore general practitioners' practices and representations in behavior change support in patient health.

Materials and methods: A qualitative study using semi-structured interviews was conducted on 14 general practitioners in Indre-et-Loire. A grounded-theory analysis was led until data saturation.

Results: General practitioners described the importance and influence of their interpersonal skills, expertise and empathy in supporting change in patient health. Some practices and representations clearly appeared to general practitioners as valuable or non-valuable in support, while others generated diverging points of view. Besides, physicians may have brought about resistance to change in patients, without being aware of it.

Conclusion: This thesis highlights the influence of physicians' interpersonal skills, expertise and empathy in supporting change in patient health. It also shows the physician's potential responsibility in raising factors of resistance in patients, likely to result in support failure. Motivational interviewing provides keys to satisfactory support for all, physicians and patients.

Key words: change, support, general practitioners, motivational interviewing

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
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 VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

****

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 Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

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
BARBIER François	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	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
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC 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
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation

GUILLON-GRAMMATICO Leslie ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention
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
LEGRAS Antoine..... Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel..... Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude ..... Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent ..... Dermato-vénéréologie
MAILLOT François ..... Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain ..... Pneumologie
MARRET Henri..... Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel..... Dermatologie-vénéréologie
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 ..... Ophtalmologie
PLANTIER Laurent..... Physiologie
REMERAND Francis ..... Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe..... Biologie cellulaire
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-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria ..... Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre..... Pédiatrie
TOUTAIN Annick ..... Génétique
VAILLANT Loïc..... Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane ..... Anatomie
VOURC'H Patrick ..... Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé ..... Immunologie
ZEMMOURA Ilyess ..... Neurochirurgie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
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)
BRUNAULT Paul..... Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès..... Biostat., informatique médicale 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
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ..... Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
HOARAU Cyrille ..... Immunologie
LE GUELLEC Chantal..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno..... Pédiatrie
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
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
VAYNE Caroline..... Hématologie, transfusion
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

AUMARECHAL Alain ..... Médecine Générale

BARBEAU Ludivine ..... Médecine Générale
CHAMANT Christelle ..... 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 ..... Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie ..... Directrice 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
GUEGUINOU Maxime ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
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
Pour l'Ethique Médicale
BIRMELE Béatrice ..... Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) 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(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

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

REMERCIEMENTS

« […] Mais pas un instant je n'ai renié la médecine. Du moins telle que je la conçois, c'est-à-dire non pas comme un acte purement technique, mais comme une façon de regarder les autres et le monde, d'essayer de le comprendre et de s'y engager. » J-C Rufin

A Monsieur le professeur Nicolas BALLON, vous me faites l'honneur de présider mon jury et juger mon travail, je vous en remercie et vous témoigne mon profond respect.

A Madame le docteur Anne DANSOU, pour m'avoir fait découvrir l'EM puis d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Soyez assurée de l'intérêt que je porte à notre travail, bien que les effets « sous-marin » aient pu donner à penser le contraire. Merci pour votre patience, votre bienveillance et votre accompagnement juste et enrichissant. J'espère vous revoir très bientôt, que ce soit autour de l'EM ou non.

A Madame le docteur Isabelle ETTORI-AJACE, après m'avoir « tutorée » pendant l'internat pour le D.E.S puis en post internat dans les rendez-vous « thèse dating », merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci pour temps que vous m'avez accordé pendant ce troisième cycle et après, avec patience et bienveillance.

A Madame le docteur Vanessa BARBOSA, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse, une première pour toi. Merci pour ta disponibilité, tes conseils, ta bienveillance et tes encouragements.

Aux médecins généralistes qui ont participé à cette étude. Merci pour le temps que vous m'avez accordé.

Aux médecins généralistes qui m'ont accueillie dans mes 3 stages ambulatoires, je garde un peu de chacun de vous dans ma pratique, merci.

Au Dr Thierry COURVOISIER, merci pour ton accueil en SASPAS, pour les déjeuners préparés par Corinne et pour les débriefings formateurs. Merci de m'avoir confié les clés de ton cabinet et d'avoir permis mon envol en tant que remplaçante.

Au personnel médical, paramédical, aux secrétaires … que j'ai croisés sur ma route lors de mes stages aux urgences de Trousseau, au CPEF de Blois et en Gériatrie à Vendôme. Merci de ce que vous m'avez apporté.

Au service de « MIPU » de l'hôpital Bretonneau, et toute l'équipe du pôle médecine interne. Au Dr Stéphanie JOBARD et Dr Pauline BEURRIER, pour tout ce que vous m'avez appris durant mon stage au MIPU, et surtout pour m'avoir donné confiance en moi. Je ne serais pas le médecin que je suis aujourd'hui sans vous. Merci infiniment.

Aux Dr Cyril et Françoise PAPPALARDO, de m'avoir confié vos patients dans les débuts de mes remplacements et de m'avoir fait confiance pendant presque 2 ans.
A l'équipe de la pharmacie et l'équipe IDE de Saint Paterne Racan, merci pour ces bons moments partagés, vous me manquez !

Au Dr Marie PELICOT, pour ton compagnonnage, nos discussions et réflexions à propos des patients, toujours dans la bonne humeur. Merci pour ta disponibilité, ta confiance et ta bienveillance.

Aux Dr David HAMARD et Dr Claire DUIGOU, merci pour votre aide, votre disponibilité et votre gentillesse.

Au Dr Philippe DODEMANT, pour m'avoir offert mes premiers livres de médecine que je garde précieusement et également pour les cours de cardiologie. A toi et Anne, merci pour vos encouragements.

A Martine et Bernard GRESELLE, merci pour vos encouragements.

Aux familles SEBILLET, TAILLARDAT, ATTENCIA, HAINAULT et VERNAGALLO, merci à tous pour vos encouragements et tous nos moments partagés, ils me sont précieux.
A Sandra et Bérénice, merci les filles pour votre soutien reboostant.
A Ella, Pablo, Auguste et Marceau. Votre tata Léa vous aime.

A Catherine, Christophe, Claire et Cyprien, « Les Ménoch' », pour votre accueil toujours chaleureux, votre soutien et tous les moments passés ensemble depuis de nombreuses années. Je sais que je suis toujours la bienvenue chez vous, et l'inverse est vrai !

A Julien et Elisabeth,
Merci Julien pour ton aide en chimie pour préparer le concours de P1… je n'oublie pas !!! Merci pour vos encouragements dans mes études et les bons moments que je passe toujours à vos côtés.

A Nadia et Jéjé, vous faites partie de la famille, merci pour vos encouragements et merci de me faire autant rire ! Nad, merci pour ton aide précieuse dans la traduction du résumé.

A « Patateman », merci pour ta disponibilité, ton écoute et ton soutien.

Aux amies du lycée, la YPCBT, bien que le temps soit passé par là, je pense à vous et tous nos souvenirs ensemble. Ma Lau, merci pour tes mots toujours doux et ton écoute. Je te souhaite le meilleur avec ton Augustin. ♥

A Arthur et Maïlys, merci pour tous ces moments passés ensemble, les colles au tutorat, les « cafés cafet' », les soirées médecine, les révisions BU, le sport aussi (oui oui c'était une autre époque pour moi…) !! Vous me manquez. Je vous souhaite le meilleur. ♥

A ma « famille » de médecine,
A Yacine, mon yaya, mon « fillot » mais tu es tellement plus à mes yeux. Merci pour les soirées parrainage mémorables (enfin ce dont je me souviens…), nos déjeuners « burger maison », et merci d'avoir pris soin de moi tant de fois !

A Bérenger et Maya, merci pour votre écoute et votre bienveillance. Votre soutien en particulier dans cette dernière ligne droite m'a beaucoup touchée et m'a aidée à garder le cap.
Merci infiniment. Je vous souhaite le meilleur.

A Angèle, Alice, Lou, Romain, Robin, Mado, Barthelemy, Maxime,
Merci pour tous les bons moments passés ensemble, le lycée, la P1, les soirées, (et de m'avoir laissée faire mes petites siestes pour être en forme et enflammer le dancefloor en boite), les tarots, les brunchs (ça c'est parce qu'on vieillit…), les anniv, la belle ep'... Merci pour vos encouragements. Vivement la suite ! Je vous souhaite le meilleur.

A Alice, 14 ans de souvenirs avec toi… Merci pour toutes les nuits passées chez tes parents (et merci à eux !) puis dans tes apparts, les week-end et les vacances, les soirées à t'entendre réclamer mon célèbre lancer de chevelure sur Shakira … on n'a pas pris une ride finalement ! Tu m'as soutenue dans les épreuves de la vie et tu t'es réjouie de mes bonheurs, merci de continuer à faire tout ça encore aujourd'hui. Who run the world ? Girls ! ♥

A Lou, merci pour les milliers de vocaux (surtout ceux qui commencent par « tu m'butes »), pour tout ce temps passé au téléphone, les goûters, les balades (mais on n'a pas dit notre dernier mot pour la tournée des bars !!!), de m'avoir rassurée quand je perdais espoir, de m'avoir fait rire quand je perdais le sourire, de m'avoir rappelé ma valeur quand j'en doutais.
Et de m'offrir la joie de voir grandir votre petite Rose que j'aime tant. ♥

Joanne, ma Jojo, on en a passé des heures chez toi… préparation de la faluche, WEI team, Pré-soirée médecine, … on y a bu des thés parfois aussi !!! Merci d'être l'amie que tu es, drôle mais aussi merci pour ton écoute et ton aide sans faille depuis la P2. J'espère te rendre au moins un peu de ce que tu me donnes. ♥
A Henry, merci pour ton aide dans cette dernière ligne droite ! Soyez heureux les amis !

Juliette, my gros C, même avec tes lunettes de piscine en guise de protection pour couper les oignons tu restes la plus belle des princesses. Il s'en est passé des choses dans notre coloc, des éclats de rires, des peines de cœur, des visionnages de Secrets Story (un peu), des révisions (beaucoup), des soirées (passionnément), deux poissons (RIP), un voisin psychotique, des mug cakes, la préparation du WEI et de nos nombreux déguisements, … Et notre amitié a survécu !!! Vivement nos prochaines escapades retrouvailles. Je te souhaite de belles aventures avec ton Sébastien. ♥

A Sophie, mon S, mon Jiminy, Quelle chance que la vie t'ait mise sur ma route tourangelle ! Merci d'être celle que tu es, sincère, droite, à l'écoute. Bien que tu sois repartie vivre ta vie dans tes montagnes, ni le temps ni la distance n'altère notre belle amitié. Merci pour ton soutien dans les moments troubles, et pour toutes nos joies partagées. Karlito je ne t'oublie pas t'inquiète, merci pour les bons moments passés avec toi fraté ! Je vous souhaite une belle vie dans votre nouvelle aventure à 3. Je vous aime. Vous me manquez. A bientôt les amis !

A Coralie, ma Cocotte, ma Coupelle, de l'école primaire à aujourd'hui, on a tout vécu ensemble. La première « cuite » dans ta chambre au Muscador *(« parce que c'est bon pour dans ton corps »*), les premiers voyages scolaires, les premiers petits copains, nos premiers pas de « youtoubeuses » (*qui veut gagner de l'argent en masse ?*), les premières boums puis les premières boites de nuit (et dormir dans ma voiture !) … la liste est encore longue. Merci d'avoir accepté mes absences que ces études imposent parfois et d'être toujours là aujourd'hui. Merci d'être à mes côtés dans plus beaux comme dans les pires moments.
Je serai toujours là pour toi. Je te souhaite le meilleur avec Guillaume.
Te quiero.

A ma famille MATHE et MORIN, merci pour vos encouragements. Je vous aime.
A Isabelle et Michel, merci pour votre écoute et votre soutien de toujours.
Merci infiniment Michel pour le temps que tu as consacré à la correction de cette thèse, c'est une aide précieuse…

A mes parents, merci pour votre soutien sur tous les plans dans ce marathon. Je n'aurai pas réussi sans vous. Aux valeurs d'humanisme et tolérance que vous nous avez transmises et qui me sont si chères. A vos bras où il fait toujours bon de se réfugier, même à 31 ans.
Je vous aime.

A mes frères et sœur, Jean-Vincent, Thomas et Juliette,
A mes belles sœurs Anne So' et Marie Dod' ; à « Val »,
A mes neveux et nièces, Pierre, Manon, Romane, Théo, Mila et Albane,
Merci à tous pour votre soutien, chacun à votre manière, que ce soit du réconfort, des encouragements, m'écouter des heures, m'accueillir à Vendôme pendant un semestre ou à Saint Roch pour la thèse, m'offrir ma première sacoche de médecin, me secouer aussi parfois.
Merci d'être là pour moi, toujours.
Je vous aime.

A Alexandre Lecouvette, « Hier » de Volo.

A mes grands-parents, vous me manquez…

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS....16

INTRODUCTION…… ……..…17

I. Le changement de comportement en santé....17

II. Choix du sujet de thèse....19

MATERIEL ET METHODE……..21

I. Population étudiée....20

II. Recueil des données....20

III. Analyse de données....21

IV. Aspect réglementaire....21

RESULTATS……..23

I. Population de l'étude....22

II. Tableau synthétisant les caractéristiques de la population....23

III. L'accompagnement au changement de comportement des patients par les médecins généralistes....24

A. Savoir être....24
1. L'empathie....24
2. La relation médecin-patient....25
3. L'attitude du médecin....26

B. Savoir faire....28
1. S'adapter....28
2. Se mettre en posture....28
3. Évaluer....29
4. Communiquer....31
5. Trouver des alternatives au comportement....38
6. Organiser l'accompagnement....38
7. Utiliser son réseau de soin....38
8. La formation....39

C. Les médecins et leur humanité....40
1. Les émotions et l'histoire de vie....40
2. Les préjugés....41
3. L'expérience personnelle du comportement....42
4. Les paradoxes....42
5. Le réflexe correcteur....43

***IV. Modèle explicatif*....44**

DISCUSSION……46

I. L'accompagnement au changement de comportement en santé, entre pratiques et représentations : principaux résultats et comparaison aux données de la littérature....45

A. Des impacts évidents sur l'accompagnement....45

B. Des avis divergents et des impacts insoupçonnés sur l'accompagnement....53
1. Des avis divergents ou nuancés....53
2. Des impacts insoupçonnés ou inconscients....55

II. Perspectives 60

A. Pour la pratique et la formation 60

1. La formation à l'EM : apport professionnel … et personnel 60
2. La rétroaction vidéo 60

B. Pour la recherche 61

III. Forces et limites de l'étude 61

CONCLUSION 63

BIBLIOGRAPHIE 64

ANNEXES 69

LISTE DES ABRÉVIATIONS

EM : Entretien motivationnel

AFDEM : Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel.

D.E.S : Diplôme d'État Spécialisé

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

SOREV : Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo

INTRODUCTION

I. Le changement de comportement en santé

En France, promouvoir le changement de comportement en santé fait partie des missions de santé publique. Ce sont majoritairement des « messages chocs » qui sont utilisés, comme par exemple les photos et slogans sur les paquets de cigarettes. Bien que le message fasse réagir, il n'entraine pas obligatoirement l'arrêt des « conduites à risques », et peut même entrainer des réactions défensives (1) .

L'accompagnement au changement concerne de multiples domaines de la santé : les addictions, les comportements à risques, les maladies chroniques, les facteurs de risques cardiovasculaires, en sont des exemples. Le médecin généraliste a, parmi ses différents rôles, celui de promouvoir la santé auprès de ses patients (2). L'accompagnement des changements de comportement en santé a donc toute sa place en médecine générale.

Le changement est défini par le dictionnaire Larousse comme : « Action, fait de modifier quelque chose, passage d'un état à un autre. »

Selon le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1982), le changement de comportement s'effectue par stades, les allers-retours entre les étapes théoriques sont possibles tout au long du processus de changement (3).

- Précontemplation ou Préintention : la personne ne ressent pas le besoin ou l'envie de changer son comportement
- Contemplation ou Intention : la personne ressent le besoin ou l'envie de changer son comportement mais elle est ambivalente
- Détermination ou Préparation : la personne ressent le besoin ou l'envie de changer son comportement et a décidé de mettre en œuvre le changement
- Action : la personne met en œuvre le changement
- Maintenance ou Maintien : la personne maintient le changement dans le temps

La rechute peut faire partie du processus du changement et peut intervenir lors de chaque étape.

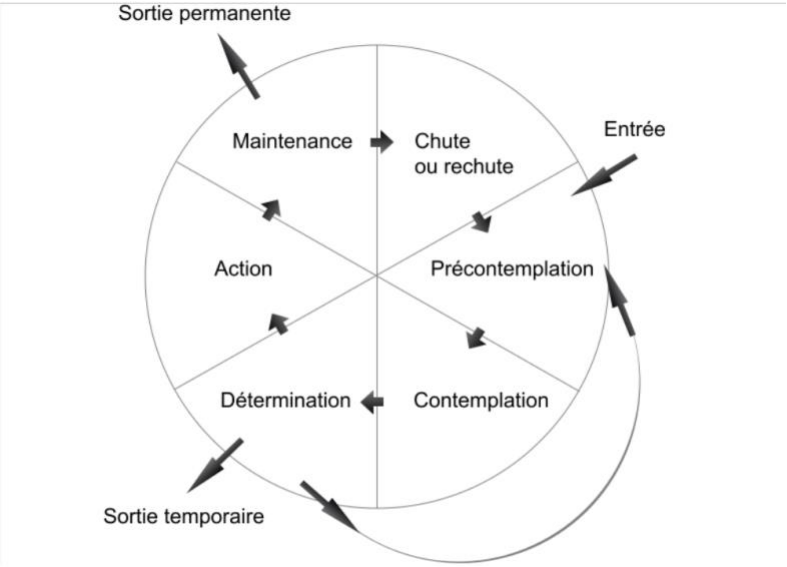

Figure 1 « Roue du changement » Modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente

Comme le montre le modèle transthéorique, le changement de comportement n'est pas un processus binaire, il s'agit d'un chemin, différent pour chacun, par la route empruntée comme par la durée.

L'ambivalence est définie par le Larousse comme la « tendance à éprouver ou à manifester simultanément deux sentiments opposés à l'égard d'un même objet ».

C'est l'association de deux discours contradictoires, le discours-maintien et le discours-changement. Le discours-maintien regroupe les arguments du patient en faveur du maintien du comportement, alors que le discours-changement développe les arguments en défaveur du changement de comportement. Le patient verbalise : « je veux changer, mais… ». On appelle le statut quo l'état d'équilibre entre le discours-changement et le discours-maintien, il est responsable de l'immobilité du patient dans son changement. Ainsi, la résolution de l'ambivalence est nécessaire pour entreprendre un changement (4).

De plus, le patient doit se sentir capable de changer, prêt à changer et considérer que ce changement est important pour lui : ce sont les déterminants du changement. L'intention du médecin dans l'accompagnement au changement doit aller dans ce sens : faire émerger la motivation intrinsèque du patient, mais également son sentiment d'efficacité personnelle pour ce changement (5).

La motivation intrinsèque est définie comme venant du patient lui-même, alors que la motivation extrinsèque vient de ceux qui l'entourent. Comme décrit par la théorie de l'autodétermination (Deci & Rayan, 1980), la motivation intrinsèque est déterminée par les besoins de compétence, de réussite et d'autonomie (6). Ce sont donc des besoins qu'il faut faire développer par le patient pour l'accompagner vers son changement de comportement.

II. Choix du sujet de thèse

Lors de l'externat, malgré 6 années d'études de médecine, et un intérêt particulier pour le contact humain et les sciences humaines, je n'étais pas satisfaite de ma manière de communiquer. Le message de la faculté était clair, la communication médecin-patient est au cœur de l'exercice médical et donc essentielle à acquérir. Malgré cela, je n'avais pas le sentiment d'avoir toutes les clés pour savoir concrètement comment faire, et bien le faire, notamment dans l'accompagnement au changement des patients.

C'est au cours d'un forum pour les étudiants en médecine, en 2017, que j'ai rencontré le Docteur Anne Dansou, qui présentait l'entretien motivationnel aux futurs internes. Après un long moment à discuter, découvrir l'esprit de l'EM et ses outils, il était évident pour moi que j'avais trouvé ce qu'il me manquait.

Je suis repartie avec une feuille sur laquelle était inscrite une citation qui résonne toujours en moi : *« On se persuade mieux, pour l'ordinaire, par les raisons qu'on a soit même trouvées, que par celles qui sont venues de l'esprit des autres. »* - Blaise Pascal

J'ai, dès le début de l'internat, mis en pratique le style motivationnel dans mes échanges avec les patients. En parallèle, j'ai lu les ouvrages de référence sur l'Entretien Motivationnel et eu la chance de pouvoir accompagner le Dr Dansou lors d'une matinée de consultation en tabacologie. Une formation plus formelle était la suite logique pour poursuivre mon apprentissage de l'EM. J'ai pu suivre la formation niveau 1 « phase socle » organisée par l'AFDEM en 2018. Depuis, je m'exerce chaque jour à améliorer ma pratique sensibilisée à l'EM, et j'ai l'intention de compléter ma formation théorique avec l'AFDEM dans les prochains mois, et peut-être, devenir à mon tour formatrice à l'avenir.

Malgré cette « initiation » à l'EM et un apport évident de ce style communicationnel dans ma pratique, j'ai parfois des difficultés lors de l'accompagnement au changement de certains patients. Comment l'accompagnement au changement se passe-t-il pour mes confrères médecins généralistes ? Quelles sont leurs manières d'accompagner les patients ? Et quelles sont leurs représentations vis-à-vis du changement et de son accompagnement ?

L'objectif principal de cette thèse est d'explorer les pratiques et les représentations des médecins généralistes accompagnant les patients dans leurs changements en santé.

MATERIEL ET METHODE

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée.

I. Population étudiée

La population étudiée comportait les critères d'inclusion suivants :

- Médecin généraliste
- Exerçant en Indre et Loire
- Activité libérale
- Installé(e) ou remplaçant(e)

Le statut de Docteur en Médecine n'était pas exigé.

Les critères de variations tels que le genre, l'âge, le milieu d'exercice et une éventuelle formation en communication ont permis la constitution d'un échantillon raisonné.

Le recrutement s'est fait par téléphone par l'investigatrice, soit après une recherche sur internet, soit par recommandation d'autres médecins (des médecins précédemment interrogés ou des confrères), devant de nombreux refus rencontrés par la recherche téléphonique.

II. Recueil des données

L'investigatrice était un médecin généraliste non thésé.

Le recueil des données s'est déroulé entre décembre 2021 et janvier 2023.

Les entretiens se sont déroulés en présentiel (au cabinet ou au domicile des médecins), ou bien par visioconférence avec le logiciel Zoom.

Le guide d'entretien a été modifié à l'issue du second entretien, avec l'aide du Dr Dansou (directrice de thèse) et du Dr Huisman (Cardiologue retraité), afin de faciliter la compréhension des participants en incluant des « exemples », mais également pour favoriser la dynamique des entretiens. Les guides d'entretiens se trouvent en Annexe 1 et 2.

Les entretiens ont été enregistrés dans leur intégralité sur le smartphone de l'investigatrice via l'application « dictaphone ».

La retranscription a été réalisée en totalité via le logiciel Word ® par l'investigatrice, au fur et à mesure des entretiens.

La saturation des données est apparue au 13e entretien, puisqu'il ne faisait pas émerger de nouvelles idées pouvant enrichir l'étude. Ceci a été confirmé par un 14e entretien.

III. Analyse de données

L'analyse des données a été réalisée par une approche s'inspirant de la théorisation ancrée, afin de construire un modèle explicatif, ou « théorie » (7,8).

Les entretiens ont été analysés par l'investigatrice, il n'a donc pas été réalisé de triangulation de l'analyse. Néanmoins, les codages ont été validés ou réévalués par le Dr Dansou (directrice de thèse) de manière ponctuelle.

IV. Aspect réglementaire

L'accord oral des participants a été recueilli avant chaque entretien et ils pouvaient se rétracter à tout moment.

Le caractère anonyme des participants était précisé avant chaque entretien.

Des éléments ont été supprimés lors de la retranscription afin de garantir cet anonymat, mais ne modifient pas le sens des verbatims. Les enregistrements audios ont été supprimés.

Cette étude est hors Loi Jardé. La déclaration à la CNIL (Comité National de l'Informatique et des Libertés) n'était pas nécessaire compte tenu de l'anonymisation des données (Annexe 3).

Une réflexion sur l'éthique de la recherche s'est tenue tout au long du travail.

RESULTATS

I. Population de l'étude

Au total 14 médecins ont participé à l'étude.

La parité a été respectée entre médecins hommes et femmes.

La moyenne d'âge des médecins était de 45 ans. Ils étaient âgés de 28 à 63 ans.

La durée moyenne d'exercice professionnel était de 17 ans.

La durée des entretiens allait de 20 minutes à 50 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 33 minutes.

II. Tableau synthétisant les caractéristiques de la population

MEDECINS	Age	Genre	Durée d'exercice libéral	Statut au moment de l'entretien	Milieu d'exercice Rural Semi-Rural Urbain	Formation en communication	Mode d'entretien	Durée de l'entretien (en minutes)
M1	28 ans	F	1 an	R	Les 3	Lectures personnelles sur l'entretien motivationnel	Visio	39
M2	35 ans	F	8 ans	I	Rural	Cours pendant l'externat	Au domicile du médecin	50
M3	62 ans	F	32 ans	I	Urbain	Au cours d'une autre formation	Au cabinet	33
M4	58 ans	H	30 ans	I	Semi-rural	Aucune	Au cabinet	27
M5	30 ans	F	2 ans	R	Les 3	Lectures personnelles sur l'entretien motivationnel	Visio	27
M6	28 ans	H	4 mois	R	Les 3	Sensibilisé à l'entretien motivationnel pendant l'internat	Au cabinet	20
M7	30 ans	F	2 ans	I	Rural	Cours pendant l'externat	Au cabinet	37
M8	42 ans	H	10 ans	I	Rural	Lectures personnelles sur la communication	Au cabinet	44
M9	59 ans	H	30 ans	I	Urbain	Aucune	Au cabinet	32
M10	63 ans	H	39 ans	I	Urbain	Ateliers au cours d'une autre formation	Au cabinet	20
M11	34 ans	H	5 ans	I	Urbain	Sensibilisé à l'entretien motivationnel pendant l'internat et lectures personnelles sur la communication	Visio	47
M12	56 ans	F	26 ans	I	Semi rural	Sensibilisée à l'entretien motivationnel au cours d'une autre formation	Visio	36
M13	47 ans	F	20 ans	I	Semi-rural	Ateliers au cours d'une autre formation	Au cabinet	20
M14	63 ans	H	35 ans	I	Rural	Ateliers au cours d'une autre formation	Visio	31

Médecin « M » ; Femme « F » ; Homme « H » ; Installé « I » ; Remplaçant « R »

III. L'accompagnement au changement de comportement des patients par les médecins généralistes

A. Savoir être

1. L'empathie

L'empathie était perçue par les médecins comme étant une **condition indispensable** pour bien exercer la médecine, notamment pour la compétence communicationnelle.

« C'est la qualité indispensable à un bon médecin généraliste. Tu ne peux pas faire un bon médecin généraliste si tu n'as pas d'empathie. Pour moi c'est essentiel. » (M9)

« Bah je pense que c'est une qualité indispensable pour être un bon médecin, en tout cas pour pouvoir bien communiquer avec un patient. » (M3)

L'empathie était décrite principalement comme le fait **d'accueillir les patients** de manière globale, de **les écouter** et de **les comprendre en se mettant à leur place, sans ressentir leurs émotions, ni émettre de jugement.**

« Ouais bah pour moi ça serait écouter le patient sans le juger. » (M1)

« L'empathie c'est le fait d'être à l'écoute du patient tout en ne ressentant pas ce que ressent le patient. De pouvoir l'aider en l'écoutant. » (M12)

« Et bah l'empathie c'est la capacité qu'on a d'accueillir l'autre, dans toute son entièreté, dans sa personne, voilà. » (M3)

« L'empathie c'est une manière de se mettre à la place de l'autre et de comprendre ce qu'il vit. » (M10)

Elle était considérée comme une qualité **innée** pour certains médecins et **acquise** pour d'autres. Ils précisaient que l'empathie était à **travailler** pour la **développer** mais de **façon maitrisée.**

« C'est à la fois une qualité qui peut être innée chez certaines personnes mais qui ne l'était pas forcément chez moi et que j'ai énormément travaillée. » (M11)

« Non pour moi je pense que c'est naturel (à propos de l'empathie) » (M6)

« Donc voilà, après trop d'empathie ce n'est pas bon non plus donc faut réussir à trouver sa limite pour ne pas se laisser déborder. » (M2)

Le **niveau variable d'empathie** était souligné. On retrouvait comme principaux facteurs de variation : la relation médecin-patient, le temps, l'état émotionnel et l'histoire de vie du médecin.

« Peut-être qu'on a plus d'empathie quand les patients vivent des choses qu'on a pu vivre déjà, ça me semble une évidence. Ou au moins qu'on a touché de près. Après non… le caractère de certains patients va faire qu'on aura plus ou moins d'empathie je pense. De toute façon la relation médecin-patient c'est une relation quoi ce n'est pas… et puis elle est pas toujours la même selon les journées, selon ce qu'on a dans la tête, le temps qu'on a, l'énervement, l'irritabilité… quoi tout va jouer sur l'empathie finalement. » (M4)

« C'est sûr que si je suis à cran je risque d'être moins empathique, alors, j'ai déjà eu des situations où on pète un peu un plomb quoi mais j'essaie quand même d'être neutre tu vois, de ne pas laisser mes émotions prendre le dessus sur la consultation. Après je pense que si on est fatigué ou qu'on a un souci ça peut impacter, mais j'essaie de mettre un peu de distance. » (M1)

2. La relation médecin-patient

Les médecins évoquaient spontanément qu'être en relation avec les patients était **un élément qu'ils appréciaient** dans leur métier.

La relation médecin-patient était décrite comme une **relation de confiance réciproque…**

« Je lui demande d'être honnête avec moi. S'il me ment en me disant « mais si j'ai arrêté et tout » bah ça ne marchera pas. Ça c'est valable pour plein de choses. » (M2)

« Et puis le fait que le patient nous connaisse aussi. Quand on sent qu'un patient ne nous fait pas confiance je veux dire qu'on n'y arrive pas. Je ne sais pas si toi tu t'en rends compte ? Mais s'il n'a pas confiance quoi que je dise il s'oppose, quoi que je dise il ne me croit pas. » (M5)

…un lien de **proximité** qui se tisse dans le **temps** et qui permet de **mieux connaître les patients** dans de **multiples dimensions.**

« La proximité, le rapport des patients qu'on connait depuis longtemps. » (M6)

« De ça (connaitre le patient) ce qui va découler c'est l'écouter. Pour le connaitre il faut prendre le temps de l'écouter, de connaitre comment il fonctionne, de connaitre ses habitudes, ce qu'il peut aimer, comment il vit. Pour moi c'est le temps. » (M4)

« Bah c'est d'aborder la personne, la relation avec les gens dans leur globalité. Aussi bien leur santé bien entendu (rires), mais aussi leur environnement, leur profession, leur vie de famille. » (M3)

Cette relation était également décrite comme une **relation humaniste.**

« Pouvoir épauler les gens, dans les cadres de soins palliatifs malheureusement dans les maladies cancéreuses bah voilà on fait partie intégrante de ça, on va chez les gens, on partage un peu leur quotidien et moi c'est ça, c'est ce qui me plait, c'est vraiment ce côté humain dans la médecine. » (M2)

« […] Les contacts humains. Il faut aimer l'homme, si tu n'aimes pas l'homme il ne faut pas faire de la médecine générale. » (M9)

Un médecin soulignait qu'une **mauvaise relation médecin-patient** pouvait **diminuer l'implication du médecin** à accompagner le patient.

« Quand je n'aime toujours pas le patient (rires). Quand vraiment c'est des patients où ça ne se passe pas bien, bon c'est des caractères on reste humain hein donc forcément il y a des relations où tu ne peux pas, c'est viscéral, il y a des patients où tu n'accroches pas. Alors moi je travaille en groupe donc j'ai aussi la possibilité de dire peut-être qu'il faut changer de professionnel, ou je les oriente plus facilement vers le centre d'addiction, ou voilà quoi. Parce que je sais que… enfin je sens que je ne vais pas exploiter toutes les ressources que je peux proposer à ce patient parce que ça ne passe pas. » (M2)

3. L'attitude du médecin

Tous les médecins interrogés considéraient que leurs attitudes jouaient un rôle important dans l'accompagnement des patients. Ils décrivaient les attitudes à adopter et celles à éviter.

- **<u>Être bienveillant</u>**

« Il faut rester dans la bienveillance […] » (M7) **;** *« La bienveillance […] »* (M13)

- **<u>Féliciter, valoriser, encourager, motiver</u>**

« C'est bien ! Je le félicite ! » (M2)

« Bah valoriser les progrès car même si par exemple le sevrage n'est pas total s'il a réussi je sais pas ne serait-ce que diminuer la consommation voilà je pense que la valorisation des acquis c'est déjà une chose importante. » (M5)

« Il faut l'encourager, le mettre dans une boucle positive. » (M7)

« Là on en parle pendant trente secondes mais trouver les mots pour les motiver… parce que là c'est vrai que c'est un cas où il faut motiver la personne, on n'a pas trop le choix. » (M4)

- **<u>Ne pas juger, ne pas sermonner, ne pas culpabiliser, ne pas stigmatiser</u>**

« D'abord il faut éviter à tout prix le jugement, et de faire la leçon. » (M10)

« Éviter la culpabilité et les sermons […] » (M6)

« Il faut rester dans la bienveillance, ne pas le culpabiliser ni le stigmatiser. » (M7)

- **<u>Accepter les difficultés du patient</u>** *« […] accepter ses difficultés. »* (M6)

- **<u>Ne pas ignorer le patient, ne pas se désintéresser, ne pas minimiser, ne pas aborder le sujet des comportements</u>**

« Enfin sauf si le médecin en face il ne pose même pas la question au patient là oui ça peut être un frein. » (M1)

« Bah oui car ils viennent nous le dire, ou alors on leur a posé la question et ils ont accepté de répondre et revenir pour ça, donc c'est qu'eux ils sont demandeurs d'une aide et de la nôtre visiblement. Il faut tendre des perches. » (M7)

« Je pense que si on minimise le truc ils vont être moins tentés de changer. » (M13)

« Euh bah déjà je pense que si on arrête de lui en parler ou s'il sent qu'on se désintéresse du problème car on pense qu'il ne va jamais s'en sortir ça, ça peut être un frein et un argument pour qu'au contraire il se dise « bah si elle ne m'en parle plus c'est que finalement je peux continuer. ». » (M3)

- **<u>Respecter et favoriser l'autonomie, ne pas imposer, ne pas ordonner, demander l'accord du patient</u>**

« Je ne sais pas, ça peut être un sentiment d'autonomisation, lui proposer des trucs et qu'il se dise « ah oui d'accord ça c'est à moi de faire, je peux essayer de gérer. » Voilà. » (M1)

« Dans l'absolu, ce n'est pas mon corps, c'est le leur en fait. Donc si c'est leur choix je le respecte. On a droit de ne pas vouloir se priver, on a droit d'avoir envie de vivre comme ça. Je ne vais pas les forcer. Je ne vais pas m'en désintéresser non plus mais je respecte leurs choix. » (M13)

« J'essaie de m'adresser à des adultes, qui vont faire des choix d'adultes et qui vont décider par eux même de faire ce qu'il faut. » (M10)

« Et ils ont encore tendance à l'oublier, on a encore des patients qui nous disent « c'est vous le docteur c'est vous qui me dites ce que je fais ». Non non « C'est votre corps, il faut que vous soyez d'accord avec ce que je vous propose, sinon on va trouver d'autres solutions. » » (M2)

B. Savoir faire

1. S'adapter

Les médecins interrogés précisaient régulièrement au cours des entretiens la nécessité de **s'adapter à chaque patient**, sans suivre de procédure standardisée.

« Non parce que je pense que ça va être différent avec chaque patient, il y a des outils qui vont fonctionner avec certains et pas d'autres. Ça va être la connaissance du fonctionnement du patient quoi qui va permettre effectivement de s'adapter et de pouvoir être… pour être compris, pour que les gens adhèrent il faut s'adapter à la personne en face de soi. » (M4)

« Ne pas être trop technique. Enfin c'est toujours pareil ça dépend des gens. Pour certains il faut vulgariser, simplifier, être pas trop scientifique, sans trop de détails, donner les grandes lignes. Et il y en a avec qui il faut être plus scientifique. Au début j'étais trop technique, j'insistais sur le côté scientifique en pensant que ça allait les éclairer et en fait non ça dépend des gens. » (M14)

2. Se mettre en posture

a) La posture paternaliste

Elle pouvait être utilisée quand les médecins estimaient que c'était adapté au patient.

« Pas tous, mais il y a des patients, le vieux rôle du médecin « je suis celui qui sait, celui qui décide pour vous… », il y a des patients avec qui ça fonctionne très bien, bon bah si c'est le mode relationnel qu'ils veulent, pas de soucis, mais je pense qu'aujourd'hui ce n'est plus le cas de la majorité de nos patients. » (M2)

« Je vais essayer de ne pas avoir une position haute dans la relation, type je sais tout je vais vous dire comment faire. Après il y a des patients qui sont demandeurs de ce type de relation donc je leur donne. » (M11)

b) La posture d'accompagnant

« J'ai vraiment une position d'accompagnement, qu'il change ou qu'il ne change pas c'est son choix. » (M8)

« Le reste après voilà il faut se mettre en situation, en posture, de trouver le levier, le seuil, sur lequel il va pouvoir lui s'appuyer pour réaliser un objectif. » (M10)

c) La posture de coach

« Tu es plus un coach qu'un médecin. » (M9)

3. Évaluer

L'étape d'évaluation était importante pour les médecins afin de mieux comprendre les patients.

a) La situation du patient dans toutes ses dimensions

« Déjà faire un point sur le tabac en lui-même, combien il consomme par jour, depuis combien de temps, qu'est-ce qu'il ressent quand il fume, savoir comment sont réparties les cigarettes dans la journée. » (M1)

« Oui [analyser la situation], et de leurs points de vue, en prenant en compte leur environnement, l'entourage, leurs raisons propres, leurs difficultés, l'aspect financier… » (M7)

« Je suis très attachée au questionnement. Les antécédents des gens, personnels, familiaux, de psychotrauma… » (M12)

b) Les freins au changement

« Et travailler sur ce qui a freiné, pourquoi il n'a pas arrêté. » (M13)

- **Le patient et son environnement**

« Il y a plein de possibilités, il peut avoir des conditions de vie difficiles, un travail qui ne lui plaît pas, s'il travaille. Être soumis à un stress trop important ou souffrir de la solitude ou au contraire être dans une situation conjugale qui ne se passe pas bien enfin voilà. J'essaie d'explorer un peu tous les facteurs de sa vie qui peuvent engendrer ce stress. » (M3)

« Il [Dr X.] devrait plutôt explorer pourquoi elle ne prend pas la metformine tous les jours, qu'est ce qui est compliqué dans les règles hygiéno-diététiques à suivre. » (M11)

- **Les bénéfices primaires et secondaires du comportement**

« Alors moi quand c'est comme ça je vais essayer dans un premier temps de leur demander ce que ça leur apporte de fumer, pourquoi ils fument ? Quel plaisir ils en ont ? » (M4)

« C'est-à-dire essayer d'aller voir ce qui fait qu'il fume ; car on est bien d'accord que le tabac ça pue, ça coute cher, ça ne sert à rien, et pourtant les gens fument, donc il y a un bénéfice secondaire. Donc l'objectif pour moi ça va être de définir ce bénéfice-là. Qu'est ce qui fait qu'il a besoin de ça ? » (M8)

- **Les co-morbidités**

« Et je me méfierai dans ces cas-là en effet d'un syndrome dépressif un peu larvé qui bloque finalement car on sait que le tabac est un peu anxiolytique, donc j'irai peut -être creuser de ce côté-là. » (M2)

« Le poids et le tabac c'est très souvent la peur, parce que ça les protège. Par contre, quelqu'un qui ne prend pas son traitement il faut aller chercher la tristesse et la raison pour laquelle il ne veut pas se soigner et donc se suicider à petit feu. » (M12)

c) Les motivations au changement

« Je lui demande quelles sont ses motivations à arrêter de fumer. » (M7)

« Je vais évaluer sa motivation. » (M13)

Pour plusieurs médecins**, l'absence de motivation** du patient entrainait **l'arrêt de l'accompagnement.**

« Et je lui demande s'il a envie d'arrêter de fumer, s'il me dit « non en fait je n'ai pas envie » bah je ne vais pas forcément aller au-delà, tu vois ? » (M1)

« A un moment j'ai plus la niaque. S'il ne veut pas il ne veut pas. Je ne vais pas m'accrocher derrière lui pour l'empêcher de se jeter sous le train. » (M9)

d) La temporalité du patient

Les médecins évoquaient la temporalité du patient soit comme un processus **binaire** (être prêt ou ne pas être prêt à changer), soit évoquaient **la roue du changement.**

« De lui dire que pour le moment il n'est pas prêt mais quand il sera prêt vous y arriverez. » (M3)

« Je lui dis que c'est normal dans la boucle d'avoir envie puis de ne pas y arriver jusqu'à y arriver. » (M7)

Certains médecins **attendaient le « être prêt »,** d'autres **essayaient de modifier la temporalité** du patient.

« Et puis dans ces cas-là j'en ai déjà discuté avec eux et je leur ai dit que quand même un jour il y aura le déclic et c'est à ce moment-là qu'il ne faudra pas le louper. Car forcer une personne à arrêter de fumer si elle n'a pas envie… c'est voué à l'échec. » (M4)

« C'est un problème de temporalité je pense, ce n'était pas le moment. J'essaie de comprendre pourquoi et essayer de l'aider comment faire des efforts. Je me dis que ce n'était pas le bon moment. » (M6)

Ils verbalisaient au patient le fait de **rester disponible** et **réévaluaient** régulièrement la temporalité du patient.

« Non plutôt dans le sens où je leur dit toujours n'hésitez pas à revenir si il y a besoin de discuter ou d'aide. » (M1)

« On doit respecter le fait que parfois les gens ne sont pas prêts à changer. Et ça ne veut pas dire que c'est un échec, ça fait partie du processus de changement que les patients soient bloqués parfois. C'est quelque chose à accepter et en même temps y revenir régulièrement pour réévaluer où en est le patient par rapport au changement. » (M11)

4. Communiquer

Les médecins souhaitaient tous transmettre des informations aux patients, mais l'intention de convaincre ou de faire adhérer le patient était variable.

a) Communication verbale

- **<u>Poser des questions de type fermées et ouvertes</u>**

« Quelles autres choses il pourrait faire pendant la pause avec ses collègues ? Est-ce qu'il a envie d'arrêter ? » (M11)

- **<u>Reformuler</u>**

« Souvent je lui demande son avis mais souvent je reformule ses inquiétudes, ça je le fais tout le temps. » (M6)

« Là tu vois je vois que tu fais de la reformulation à chaque fois que je finis un truc pour être sûr qu'on s'est bien compris, bah ça par exemple ce sont des choses de communication qu'on devrait être bien vigilant à faire. Bien savoir si ce qu'ils ont dit on l'a bien interprété et si ce que nous on a dit ils l'ont bien compris. Se comprendre c'est essentiel. » (M8)

Un médecin utilisait la reformulation pour mettre en lumière **l'ambivalence** du patient.

« Et puis je reformule et met en avant son ambivalence et je lui explique les bénéfices qu'il aurait à arrêter de fumer. » (M6)

- **<u>Utiliser la formulation positive</u>**

« J'essaie de rester dans des messages positifs donc je ne vais pas leur dire « attention si vous arrêtez de fumer vous allez… ». Je vais plutôt dire : « vous savez si vous arrêtez de fumer votre risque de développer une maladie cardiovasculaire revient vers la normale au bout de tant de temps. ». » (M11)

- **<u>Imager ses propos</u>**

« Oui mais je leur explique que c'est la dépendance qui leur fait faire le geste et pas l'habitude du geste. Sinon il faut prendre des cigarettes en chocolat et vous verrez ça ne marchera pas (rires). » (M4)

- **<u>Expliquer, faire un cours, argumenter</u>**

Cela semblait nécessaire pour certains médecins.

« Oui j'explique toujours, je fais des petits dessins. » (M12)

« Oui car il y a ceux qui si tu ne donnes pas d'arguments ils ne le font pas parce qu'eux ont leurs a priori et qu'ils ne sont pas convaincus car ils ne comprennent pas. » (M7)

« Dans le sens lui donner des éléments scientifiques, de connaissances dont je dispose, oui. Mais si c'est argumenter pour le faire adhérer non, je ne le fais pas comme ça. Je sais mes opinions et ce que la science dit, mais je ne me sens pas le devoir de les faire changer d'avis à tout prix. » (M11)

Alors que d'autres n'y voyait pas d'utilité.

« Les gens le savent quand ils fument qu'il y a un risque, ce n'est pas en leur disant que ça va leur faire réaliser quoi que ce soit. » (M1)

Un médecin demandait d'abord l'approbation du patient.

« Par exemple typiquement pour un patient anti-vaccin Covid, je leur demandais s'ils veulent des informations concernant le vaccin. Si on voit que le patient n'est pas réceptif je ne pense pas qu'il faille insister. » (M11)

- **Faire peur, menacer**

Plusieurs médecins exprimaient avoir déjà utilisé la peur, de façon **intentionnelle ou non.**

L'utilisation **réactionnelle** de la peur était parfois en lien avec une émotion négative du médecin.

« J'essaie de leur dire si tu as pas envie tu as pas envie, si tu veux mourir tu meurs voilà. Je dramatise un peu les choses. » (M9)

« J'aime pas du tout. Enfin j'aime pas du tout, je vais pas dire que je ne l'ai jamais fait, mais si je leur fais peur c'est qu'ils me font peur pour le coup. » (M2)

Certains médecins considéraient que l'utilisation de la peur pouvait avoir des conséquences **imprévisibles.**

« Ça m'est arrivé de dire effectivement « si ça continue à monter on n' aura pas d'autre choix que de passer à l'insuline », ce qui est d'ailleurs vrai. Alors ça peut être productif ou contre-productif. Quelques fois les gens effectivement ça les effraie tellement qu'ils se reprennent en main, reprennent le régime et le traitement ; ou alors du coup ils lâchent tout, ils ne reviennent plus. Enfin ça peut avoir les deux effets opposés. » (M3)

« Ça peut être un peu brutal, encore une fois ça fait un peu la punition. Il y a sûrement des patients dans ce contexte qui vont changer un peu leurs habitudes mais on va se heurter aussi des fois à des gens qui vont se braquer, ne plus consulter… ça peut amener à des ruptures de soins je pense. » (M5)

Plusieurs médecins affirmaient que la peur est **inefficace voire néfaste** pour l'accompagnement, et ne l'utilisaient pas ou plus pour cette raison.

« Je me suis rendu compte de toute façon ça ne servait à rien. Je pouvais pas lui faire plus peur que ça. Le « fumer tue » on le voit plus. » (M4)

« Non pas de marchandage, pas de punition ou de menace. Ça peut provoquer le repli, c'est contre-productif. » (M6)

« Je pense que c'est idiot. C'est comme dire aux enfants que si ils sont pas sages ils vont avoir la piqure, comme ça le jour où il y a la piqure ils vont pas comprendre. Non je ne pense pas que la menace… il faut amener les choses autrement. Il faut les amener à comprendre. » (M14)

Un seul médecin affirmait que c'est une méthode **efficace,** sans pour autant l'utiliser.

« Non, mais pourtant ça marche. Je ne le fais jamais. Ou en tout cas jamais intentionnellement. » (M12)

- **<u>Faire de l'humour</u>**

L'humour était **majoritairement bien perçu et utilisé** par les médecins interrogés, si le contexte s'y prêtait.

Les intérêts étaient multiples : pour la communication, pour **renforcer la relation médecin-patient**, pour **détendre le patient ou l'atmosphère** de la consultation, faire **adhérer le patient** et **le satisfaire.**

« Ah bah oui c'est une très bonne chose, ça fait bien passer les messages. » (M3)

« Je pense que ça marque plus, qu'il sera plus content en sortant d'une consultation comme ça plutôt que si on l'a puni. Il aura plus envie de faire ce qu'on veut je pense. Pour les emmener dans la « bonne direction » il faut qu'il adhère et pourquoi pas utiliser l'humour pour ça. » (M7)

« Oui c'est ça surtout si on sent qu'il est très réticent, méfiance, opposant… Mais bon ça ne se décide pas, il faut que l'occasion se présente, il faut qu'on soit dans cet état d'esprit là à ce moment-là. Ça ne se calcule pas. Mais j'ai remarqué qu'à chaque fois qu'il y avait une note d'humour et qu'on pouvait rire ensemble ça améliorait la relation. » (M3)

« L'idée c'est surtout d'essayer de donner des images simples aux gens. L'humour oui ça peut aider. Et ça passe bien. Ça détend l'atmosphère. » (M9)

Néanmoins, plusieurs médecins étaient plutôt réservés quant à son utilisation et précisaient qu'il fallait l'utiliser de manière **adaptée** à chaque patient et à condition de **bien le connaitre.**

Son utilisation imprudente risquait d'altérer **le caractère sérieux de la consultation** ou une **mauvaise interprétation** de la part du patient.

« Moi je l'utilise, ça dépend pour quoi. Je ne sais pas. Ça dépend comme c'est perçu en face. C'est toujours pareil, est-ce que la personne en face va l'interpréter comme tu veux ? C'est un outil. Mais ça peut être mal interprété. » (M8)

« Je ne suis pas trop fana. Même si j'aime bien rigoler, mais je ne pense pas que dans ce cadre-là ce soit bénéfique. C'est pareil ça dépend des gens. Il y a des gens pour qui on peut faire passer des choses avec une plaisanterie mais j'aime bien que la consultation ça reste quelque chose de sérieux. Il ne faut pas que ça dérape trop. Ça pourrait être utile de temps en temps selon les gens. » (M14)

« Mais il faut aussi bien connaitre le patient. (à propos de l'humour) » (M4)

Également, ils précisaient que le sujet de l'humour ne devait pas être en lien direct avec le patient, et que certains types d'humour n'étaient pas souhaitables, comme par exemple les **moqueries** ou encore **l'humour noir.**

« Ah non pas la situation, ça fait très vite humour noir quand même. J'imagine qu'il y a des médecins qui pourraient dire « ha bah ce n'est pas grave on se déplace bien aussi sans pied avec des béquilles », non, non ça je ne pourrais pas faire ça. » (M7)

« J'essaie de garder l'humour sur ce qui se passe pendant la consultation pas sûr le patient ou sa vie personnelle. Et pas d'humour moqueur. » (M11)

- **<u>Parler de son expérience personnelle</u>**

Plusieurs médecins parlaient de leurs expériences personnelles aux patients.

Selon eux, évoquer ses propres expériences, serait propice à **l'amélioration de la relation médecin - patient**. Cela permettrait à ce dernier de rompre l'isolement dans lequel il se trouve face à sa problématique personnelle. Ce facteur serait également source de **motivation** pour le patient.

« Bah je pense que ça peut vraiment l'encourager de voir que le médecin c'est un être humain comme lui et qu'il a eu la même problématique et qu'il a réussi à s'en sortir. Oui je pense que ça fait vraiment partie des choses qui peuvent être aidantes pour le patient. Le fait de partager sa propre expérience avec lui. Alors peut-être sans trop rentrer dans les détails mais enfin de dire les méthodes qu'on a utilisées ça c'est sûr que ça peut aider. » (M3)

« J'avoue que je le fais de temps en temps, ça permet de faire une proximité avec le patient, se dévoiler un peu. » (M6)

« Ça peut jouer sur la motivation. » (M5)

Un médecin précisait l'importance de **demander l'accord** du patient avant de parler de soi.

« *De but en blanc je trouve cela déplacé. Si le patient est d'accord pour qu'on partage une expérience personnelle je pense que c'est une bonne chose.* » (M11)

Une autre insistait quant à elle, sur le fait de **parler du patient en priorité.**

« Je pense qu'on peut en parler un petit peu mais après avoir parlé du patient. » (M12)

D'autres ne souhaitaient pas parler de leurs expériences aux patients, soit parce qu'ils n'étaient **pas à l'aise**, soit qu'ils n'y voyaient **pas d'intérêt** pour le patient.

« Je pense que chacun fait comme il veut, s'il a envie de parler de soi il parle de soi. Moi je ne le ferais pas car je trouve que ça n'a pas d'intérêt, ce n'est pas moi qui suis en question. Maintenant si ça peut apporter quelque chose pourquoi pas. Après je considère qu'on n'est pas là pour raconter notre vie et utiliser ça comme support. Moi je ne le ferais pas mais si d'autres le font pourquoi pas, ils font ce qu'ils veulent. » (M8)

« Ça m'est déjà arrivé. Parfois c'est comme si ça nous échappait un peu en fait (rires). A chaque fois que je le fais je suis mal à l'aise, je me dis qu'ils n'ont pas besoin de savoir comment moi j'ai fait et comment ça s'est passé. » (M7)

- **<u>Provoquer un sentiment d'exemplarité</u>**

« Ça déclenchera peut-être même l'envie chez des collègues d'arrêter aussi. » (M12)

« Et ce que j'aime bien aussi chez certains patients fumeurs c'est demander « et vos enfants, ils en pensent quoi ? » Parce que ces parents là ils disent toujours à leurs enfants de pas fumer mais c'est pareil faire comprendre que vous leur interdisez mais vous le faites. Donc parfois, enfin j'ai eu le cas avec un jeune papa, alors lui il était déjà venu parce que c'était sa petite fille qui avait fait une réflexion et ça m'a servi de levier pour justement…voilà. » (M2)

b) Communication non verbale

- **<u>Écouter le patient</u>** *« D'abord l'écoute.* » (M11)

- **<u>Le regard</u>** : **l'absence de contact visuel** avec les patients était décrite comme un **frein à la communication.**

« Bah la dernière fois que ça m'est arrive, bon c'était des soucis perso mais ça m'a un peu voilà…(réfléchit), bah du coup j'ai plus envie d'écouter les patients, mais ça indirectement je

leurs fais comprendre car du coup je suis plus à trier une bio sur l'ordi ou je note leurs trucs, je pose peut être moins de questions aussi. » (M2)

« Ce qui ne me plait pas c'est toute la surcharge de travail qui est imposée par toute la paperasse, l'informatique qui nuit je trouve à la relation car on est obligé de consigner les données sur l'ordinateur et on est quand même moins en relation avec le patient quand on fait ça. » (M3)

c) Communication para-verbale

- **Le ton**

« Bah je pense que le ton employé, la manière d'accueillir les propos, enfin je pense que c'est pas en étant punitif, enfin dans le négatif ou faire peur bah je pense que c'est pas la solution et ça peut braquer le patient et au contraire stopper la motivation du patient à arrêter. » (M5)

- **Le niveau de langage, le vocabulaire, la vulgarisation**

« Le choix des mots, le choix du langage. J'ai déjà vu des médecins être un petit peu trop familiers dans l'utilisation de certains mots. Moi j'aurais utilisé des synonymes, alors pas soutenu-soutenu mais plus classiques. Je pense que la vulgarité et la familiarité c'est plus souvent un frein qu'une aide. Donc le niveau du langage. » (M2)

« La communication c'est d'abord se comprendre, c'est-à-dire en un, avoir le même vocabulaire. Si tu n'es pas capable de te faire comprendre et d'avoir le langage ou l'attitude adaptée à la personne que tu as en face ça ne sert à rien ce que tu fais. » (M8)

« Ne pas être trop technique. Enfin c'est toujours pareil ça dépend des gens. Pour certains il faut vulgariser, simplifier, être pas trop scientifique, sans trop de détails, donner les grandes lignes. » (M14)

- **Respecter les silences**

« De manière générale avant j'avais tendance à, disons, ne pas vouloir laisser de blancs dans la conversation, donc à poser des questions, à remplir les blancs. Et maintenant ça ne me dérange pas d'en laisser et du coup ça laisse plus de place au patient, même s'il n'a pas forcément plus à dire. » (M5)

5. Trouver des alternatives au comportement

De nombreux médecins cherchent des alternatives, **avec ou sans la participation du patient à cette réflexion**, pour initier le changement.

« Spontanément je lui dis que ce qui est important dans la pause clope c'est la pause. Il faut quand même faire une pause, il peut téléphoner, lire… » (M9)

« Je lui dis qu'il qu'on peut trouver, qu'il peut trouver d'autres moyens pour aller faire la pause avec les collègues et qu'il peut très bien aller faire la pause en prenant un comprimé ou un chewing-gum de nicotine ou une cigarette électronique sans nicotine. » (M12)

« Quelles autres choses il pourrait faire pendant la pause avec ses collègues ? » (M11)

6. Organiser l'accompagnement

Les médecins décrivaient mettre en place un **suivi rapproché.** Ils n'évoquaient pas l'implication du patient dans l'organisation de ce suivi.

« Souvent je mets en place un suivi un peu rapproché au début, voilà pour que, enfin je ne me vois pas laisser le patient tout seul après plus d'un mois sans qu'on en ait reparlé et sans réévaluer la situation. » (M5)

« Souvent c'est qu'ils essaient, ils n'y arrivent pas et ils lâchent. Donc en fait il faut un suivi rapproché. » (M13)

Plusieurs médecins insistaient sur l'importance **de la durée des consultations** pour accompagner les patients.

« Il faut prendre le temps. » (M4)

La **gestion du temps** était décrite comme quelque chose qu'ils souhaitaient **améliorer.** *« Optimiser mon temps, mieux gérer mon temps*. » (M6)

7. Utiliser son réseau de soin

Pour certains médecins le réseau de soin (les confrères addictologues, les paramédicaux et les méthodes alternatives) était proposé comme un soutien **en parallèle de leur accompagnement.**

« Éventuellement, je peux proposer d'autres alternatives, des consultations avec un tabacologue, une aide à la relaxation, éventuellement un anxiolytique, pour essayer qu'il surmonte sa difficulté, enfin son stress quoi. » (M3)

« Dans ma boite à outils j'ai des confrères aussi, infirmier Asalée, tabacologue,… »(M8)

Pour d'autres, c'était un recours pour **passer la main,** soit par **habitude professionnelle**, soit devant un **sentiment d'incompétence** dans le domaine.

« Mais après je ne suis pas sûre d'être compétente là-dessus donc je l'enverrais peut-être vers d'autres professionnels de santé. » (M1)

« Et puis de toute manière si on revient sur tabac - alcool moi je m'appuie sur les centres d'addicto de toute manière. » (M2)

8. La formation

La formation par l'expérience semblait **plus importante** pour les médecins interrogés **que la formation théorique**.

« Pendant non, en dehors il y aurait pu mais moi j'estime ne pas en avoir forcément besoin. J'ai un peu trainé pendant mes études, j'ai commencé à travailler j'avais déjà une trentaine d'année donc j'avais déjà un peu de bouteille dans les rapports humains, dans la communication. Je n'ai pas l'impression de pas réussir à communiquer avec mes patients. » (M5)

Néanmoins, l'importance ou l'envie de **se former** afin de mieux accompagner les patients était évoqué.

« Après pendant l'internat j'en ai eu un peu avec les séminaires à la fac ou autre mais j'ai pas forcément fait plus mais moi ce que je regrette, enfin le souci c'est qu'il n'y avait pas assez de place mais moi j'ai pas fait les séminaires d'entretien motivationnel et je pense que j'ai une vraie lacune de ce côté-là et j'arrive pas encore à la compléter parce qu'avec le Covid pour faire des formations c'était un peu plus compliqué mais X lui a été formé et c'est clair qu'il est beaucoup plus à l'aise sur certains trucs ce qui n'est pas mon cas. J'ai besoin de me faire former. » (M2)

« Oui je pense que ça change car par exemple si tu n'es pas formé ça risque de pas durer très longtemps et tu peux à la rigueur envoyer le patient vers un autre professionnel de santé mais c'est sûr que si tu es formé ça peut durer plus longtemps car tu peux le prendre en charge toi-même. » (M1)

Certains évoquaient des **incertitudes** dans leurs façons de faire en lien avec **l'absence de formation.**

« Je ne sais pas justement il y a peut-être des choses que je ne sais pas justement sur le comportement à avoir, la façon de parler à des gens, pour les faire adhérer un peu mieux, leur faire comprendre un peu mieux le changement. Je ne sais pas s'il y a des choses qui existent qui permettent de mieux convaincre les gens, d'avoir une meilleure communication avec eux. » (M14)

« En revanche j'essaie d'éviter de parler de mes expériences. Je ne sais pas, ça peut m'arriver de temps en temps mais après je ne sais pas si c'est une erreur, je n'ai pas pris de cours de communication donc je ne sais pas si c'est un truc qu'il faut faire mais je n'ai pas l'impression. Je ne sais pas. Mais je ne suis jamais à l'aise si jamais je me suis rendu compte que j'ai parlé de moi. » (M4)

C. Les médecins et leur humanité

1. Les émotions et l'histoire de vie

Plusieurs médecins décrivaient spontanément leur **état émotionnel**, qu'il soit préalable à la consultation ou qu'il résulte de celle-ci, comme un facteur influençant leur façon d'accompagner le patient.

L'histoire de vie des médecins influençait également le savoir être et le savoir-faire, de par l'expérience vécue et les émotions qui y sont rattachées.

« Après notre chemin propre influe forcément sur notre façon d'agir. » (M4)

Ils font varier **l'empathie** et **l'utilisation de la peur**, comme décrit précédemment.

« Je n'ai pas trop l'habitude de faire ça. Après ça m'est déjà arrivé mais quand j'étais un peu dépassée et pour le coup là je l'avais pris comme un échec. Donc j'ai dû déjà faire un peu peur au patient, utiliser la menace. Ça je pense que c'est quand on perd un peu pied, car ça ne marche pas de leur faire peur. » (M7)

« Quatorze ! (Rires) Non, je pense que je fais partie des personnes très empathiques, je partage très facilement, je ne me cantonne pas toujours à mon rôle de médecin, parfois je donne des conseils parce que je suis aussi maman, parce que je suis une sœur ou parce que je suis une fille et que dans ma famille il y a aussi des problèmes de santé plus ou moins graves. Donc là peut être que je dépasse mon rôle de médecin et que je suis plus empathique entre guillemet » (M2)

Mais également **l'utilisation de l'humour,** le **temps accordé aux patients** et la **qualité d'écoute.**

« Après il faut être soi-même d'humeur, il ne faut pas être en retard d'une heure dans son planning. Il y a aussi des facteurs qui nous stressent nous et qui nous empêchent d'avoir cette légèreté. (A propos de l'humour) *»* (M3)

« Je pense que mon écoute elle peut encore s'améliorer. Je pense que j'aimerais bien le fait que si je suis fatigué ou si la consultation d'avant était compliquée arriver à mieux rebondir et avoir la même écoute pour un truc bien moins grave. Voilà j'aimerais bien améliorer ça. » (M13)

« Et puis le temps de la consultation, parfois si t'es une heure et demie à la bourre bah tu as envie de moins t'investir dans la consultation. » (M2)

Maitriser des outils de communication aurait tendance à **apaiser les émotions négatives** pouvant résulter de l'accompagnement.

« De ce côté-là j'ai l'impression d'être plus sereine, je reformule plus lors de la consultation et je fais de l'écoute active. » (M1)

Certains médecins exprimaient **ne pas être impactés émotionnellement** par l'accompagnement, alors que d'autres décrivaient **ressentir des émotions**, positives ou négatives, en lien avec la réussite ou l'échec du patient dans son changement de comportement.

« Quand j'examine quelqu'un je ne me mets pas à pleurer parce que je trouve un reflux hépato jugulaire ou ça ne me met pas en colère de voir qu'il y a des œdèmes des membres inférieurs donc voilà j'ai un peu la même approche avec la communication avec les patients. Une neutralité affective. » (M11)

« Bah en général je suis plutôt empathique je pense, et bah je suis un peu… (fait une pause), enfin contente quand il progresse, un peu déçue quand il n'y arrive pas mais j'essaie de pas trop le montrer. » (M3)

2. Les préjugés

Un des médecins interrogés évoquait que le fait de **réduire ses préjugés** par la formation avait permis un **meilleur accompagnement** d'une certaine population de patients.

« Peut-être, enfin je l'ai déjà amélioré un peu mais… avant j'avais du mal avec les gens obèses, j'avais du mal à avoir de l'empathie avec ces gens-là. Mais (données supprimées pour conserver l'anonymat) on se rend compte que beaucoup de gens obèses le sont car ils ont vécu des violences. » (M12)

Un autre médecin expliquait qu'avoir diminué ses préjugés permettait d'obtenir des **informations authentiques** de la part des patients.

« Moi je trouverais ça bizarre de tout de suite déterminer comme ça. Mais avant quand j'étais interne je le faisais, de supposer pourquoi les patients faisaient telles ou telles choses. Maintenant je leur demande comme ça j'arrête de supposer. Je n'en sais pas toujours plus, car des fois les gens disent ce qu'ils ont envie de dire mais au moins j'ai une réponse qui vient du patient. » (M11)

3. L'expérience personnelle du comportement

Certains médecins exprimaient que **le fait d'avoir le même comportement** que le patient pouvait être un frein à l'accompagnement.

« Ou si en face de toi tu as un médecin qui fume ! » (M1)

« Je pense que c'est difficile pour un médecin qui clope à mon avis c'est difficile de faire arrêter les autres. Je pense. Il est dans l'obligation lui-même de se remettre en question, enfin moi je le vois comme ça. » (M4)

Au contraire, pour d'autres le fait de **ne pas avoir l'expérience personnelle du comportement** pouvait être considéré comme un frein à l'accompagnement.

« En fait là où je ne suis pas à l'aise c'est que n'étant pas fumeuse j'imagine, mais je ne peux pas savoir ce que ça fait de plus fumer par rapport à des collègues qui fument. » (M2)

4. Les paradoxes

Les incertitudes des médecins concernant les bénéfices notamment de l'utilisation de la peur et le partage d'expériences personnelles pouvait engendrer **des pratiques en contradictions avec leurs représentations.**

« Utiliser la peur je l'ai peut-être fait une fois ou deux, pour vraiment des patients revendicateurs. Je sais pas si ça prend sens. C'est très rare. » (M8)

« J'avoue que je le fais de temps en temps, ça permet de faire une proximité avec le patient, se dévoiler un peu. Je ne suis pas sûr que ce soit une bonne chose au fond je pense que ce n'est pas une bonne chose. » (M6) *(à propos de parler de ses expériences personnelles)*

« Je pense que ce n'est pas très efficace ça. Tu peux toujours le dire une fois pour leur montrer que c'est possible mais bon ce qui marche pour toi va pas forcément marcher pour le patient. » (M9) *(à propos de parler de ses expériences personnelles)*

5. Le réflexe correcteur

Les médecins souhaitaient, de manière plus ou moins prononcée, corriger le comportement de leurs patients, dans le but d'améliorer leur santé.

« Alors, pas de la culpabilité. Je ressens encore plus l'envie de trouver des moyens pour le faire changer et je me dis que ce n'est peut-être pas le moment pour lui de changer. Ce patient là je me débrouille pour le revoir régulièrement. Jamais je ne baisse les bras avec les patients. » (M12)

« Oui, lui faire comprendre que le tabac il est pour une bonne partie dans son infarctus, donc il faut faire quelque chose. Il faut qu'il arrête ce facteur de risque là et c'est faisable entre guillemet voilà. » (M14)

IV. Modèle explicatif

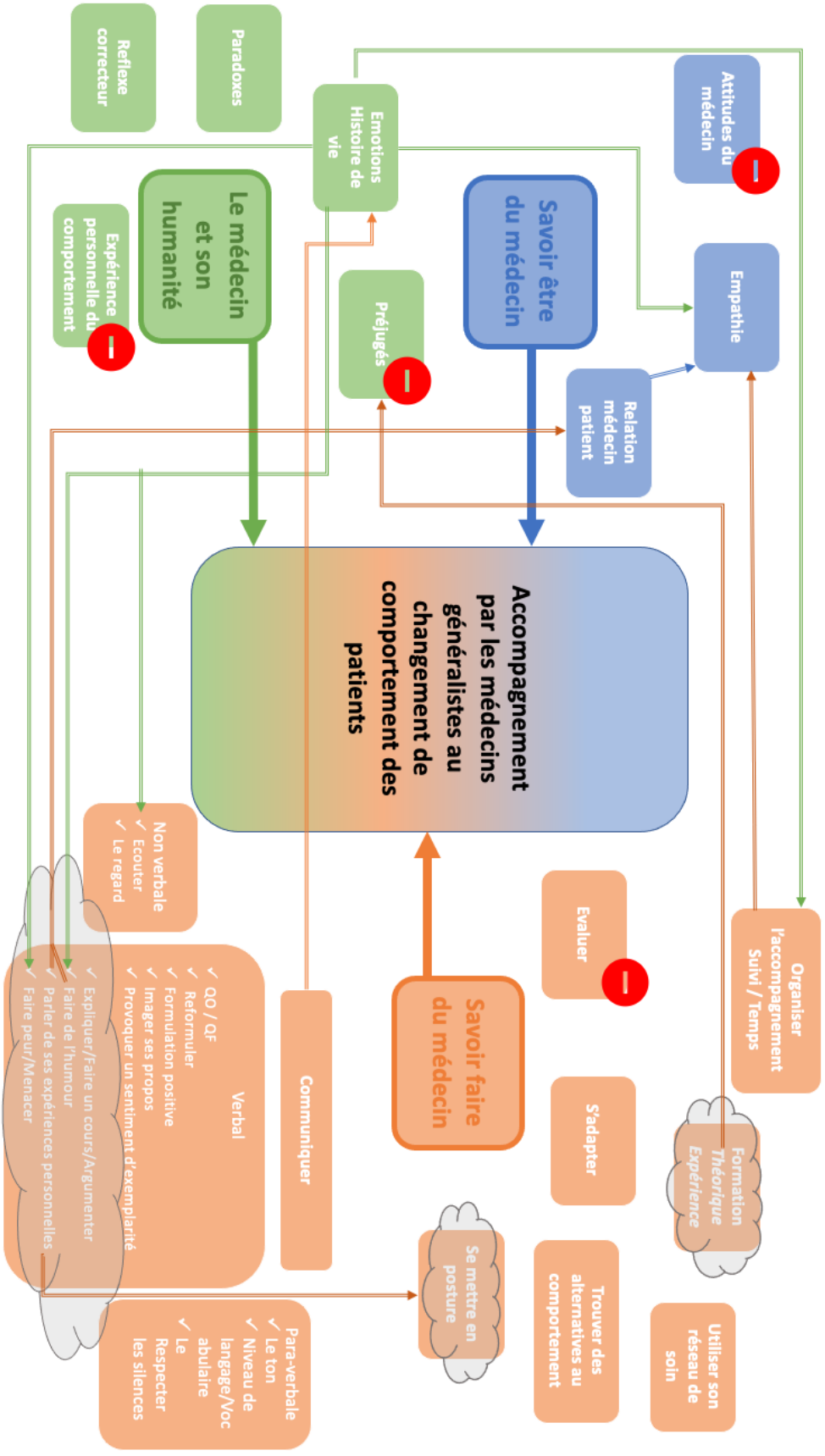

Figure 2 : Modèle explicatif

DISCUSSION

I. L'accompagnement au changement de comportement en santé, entre pratiques et représentations : principaux résultats et comparaison aux données de la littérature

Les pratiques et les représentations des médecins généralistes dans l'accompagnement au changement des patients s'articulent entre le savoir-être, le savoir-faire et leur humanité propre. Ces trois aspects sont interconnectés et s'influencent les uns les autres, comme le montre le modèle explicatif (figure 2).

Certains de ces derniers éléments sont considérés par les médecins comme essentiels à l'accompagnement des patients. D'autres entraînent des avis divergents quant à leurs mises en application ou leurs représentations. Enfin, certains éléments peuvent se révéler être des freins à l'accompagnement des patients, sans que les médecins en aient forcément conscience. Nous allons maintenant discuter des pratiques et des représentations des médecins en les comparant aux données de la littérature, ainsi que de leurs potentiels rôles dans la mise en place de résistances chez le patient.

A. Des impacts évidents sur l'accompagnement

Plusieurs éléments du savoir-être, du savoir-faire et de l'humanité propre des médecins étaient considérés comme impactant de façon évidente l'accompagnement, que ce soit positivement ou négativement.

Quelle que soit la durée d'exercice des participants, **l'empathie** représentait pour la majorité d'entre eux une qualité indispensable à l'accompagnement d'un changement de comportement, ce qui était également mis en évidence dans le travail de recherche du Dr Laurent en 2014 (9). C'est également une qualité que les patients recherchent et attendent de leurs médecins (10–12).

L'empathie et la relation médecin-patient sont les premières notions abordées en sciences humaines pendant les études de médecine. Elles sont ensuite développées jusqu'au 3e cycle où elles forment, avec la communication, la compétence « approche centrée-patient, relation, communication ». Elles se trouvent à la place centrale de la « marguerite des compétences », la figure illustrant les compétences à développer lors de l'internat de médecine générale pour obtenir le D.E.S. (13).

Figure 3 : La « Marguerite des compétences » du médecin généraliste

L'empathie est définie par Carl Rogers, Docteur et Professeur de psychologie à l'Université de Géorgie, comme le fait de *« percevoir le cadre de référence interne de l'autre avec justesse et avec les significations et les composants émotionnels qui s'y réfèrent, comme si on était l'autre personne mais sans jamais perdre la condition de "comme si". ».* Dans la définition donnée par le « Dr Hojat et ses collègues », s'y ajoute la capacité de communiquer cette compréhension aux patients : *« […] Un attribut cognitif qui implique, d'une part, la capacité à comprendre la perspective du patient et comment ce dernier ressent les expériences et, d'autre part, la capacité à communiquer au patient cette compréhension. »* (14).

Écouter pour comprendre le patient et qu'il se comprenne lui-même, est appelé **l'écoute active, empathique ou encore réflexive**. Il faut être vigilant à ne pas réduire l'empathie à cette seule notion de compréhension empathique. L'empathie est une manière d'être et non une technique de communication pure. La confusion pourrait engendrer la réduction des méthodes et des modes de réponses empathiques : l'empathie n'est pas conditionnée à l'utilisation de l'écoute réflexive. Il y a plusieurs manières d'entrer dans le cadre de référence de l'autre : elles peuvent être intuitives ou idiosyncrasiques (*« pour refléter une manière d'être qui est unique et particulière au thérapeute, au patient et à leur expérience de l'un et de l'autre »),* aidées par un climat non jugeant. Néanmoins, l'écoute réflexive peut permettre d'aider le médecin à entrer dans le cadre interne du patient et à développer son empathie (15).

Comme souligné par les médecins de notre étude, le « taux d'empathie » a un impact sur le processus de changement du patient, faisant varier la qualité de l'accompagnement. Plusieurs études ont décrit cette association : une forte « compétence empathique » est associée à un changement des patients, alors qu'une faible « compétence empathique » est associée au non changement voire au changement négatif des patients (majoration du comportement). Le manque d'empathie fait émerger beaucoup de résistances chez les patients (16).

L'empathie est donc à cultiver et travailler afin de l'accroître pour un meilleur accompagnement des patients mais également pour en connaître les limites (17). Cet avis est partagé par les médecins de notre étude. Une certaine méfiance vis-à-vis de l'empathie est visible chez les médecins or elle ne doit pas être considérée comme dangereuse. Si on s'en tient aux définitions, elle permet de maintenir la juste distance avec le patient. Pour cela, il est important de bien différencier l'empathie, de la sympathie et de la compassion. La sympathie, elle, est le fait de partager les émotions de l'autre alors que la compassion induit de souffrir avec l'autre. L'empathie permet de comprendre les émotions de l'autre, et lui signifier. Développer cette capacité et bien différencier ces concepts pourrait permettre aux médecins de faire preuve d'empathie sans crainte, comme le décrit le Dr Buffet dans sa thèse (18). Ceci rejoint les propos du Pr M-T Lussier, qui, dans son article, « Le médecin de famille doit-il être empathique ? », affirme que oui, le médecin doit être nécessairement empathique. Elle explique que ce débat perdure devant des définitions erronées de l'empathie dans l'esprit des médecins, donnant à l'empathie une image négative, difficile à réaliser. Elle rappelle que l'empathie est un *« outil communicationnel puissant permettant au clinicien d'exprimer de* façon *explicite sa compréhension de la souffrance de l'autre tout en protégeant sa propre intégrité psychologique. »*. Elle insiste sur le fait que l'empathie doit être enseignée et pratiquée (14).

Plusieurs études montrent une tendance à la baisse de l'empathie au cours de la formation médicale. Son enseignement ciblé au cours des études médicales permettait une amélioration significative de l'empathie, via de multiples méthodes de formation notamment de groupe (19). Par ailleurs, poursuivre cet enseignement par la formation continue pourrait sembler nécessaire, afin de répondre à cette nécessité d'empathie en médecine générale, sans craindre les effets du temps sur celle-ci.

La relation médecin-patient est définie par les médecins de l'étude comme une alliance singulière entre un médecin et son patient, elle se construit dans le temps. Ces derniers précisaient également que la nature de cette relation influe sur la qualité de

l'accompagnement. La communication est un critère de qualité majeur de la relation médecin-malade : quelle soit verbale ou non, une communication adaptée permet d'entrer en relation avec le patient puis de développer une relation de qualité (20). De nombreuses thèses ont étudié l'importance et le rôle indispensable de la communication dans la relation médecin-patient ainsi que l'intérêt du développement de son enseignement à l'aide de différents supports pédagogiques comme les cours théoriques, l'analyse de vidéos, les groupes Balint, les jeux de rôle ou encore la supervision, les stages et les retours d'expériences qui en découlent (21–23). Malgré tout, comme décrit dans notre étude, la relation médecin-patient étant une relation inter-humaine, si l'une des parties n'est pas « en relation » avec l'autre cela entraîne une impasse dans l'accompagnement. Dans ce cadre-là, nous sommes en droit de nous demander s'il est possible de « forcer » une relation entre un patient et son médecin afin d'améliorer l'accompagnement.

Les attitudes décrites comme étant admises ou non par les médecins pouvaient être mises en parallèle avec 3 des 4 principes fondamentaux de l'éthique médicale (bioéthique) : la bienfaisance, la non-malfaisance et l'autonomie (24). Elles sont les bases morales de l'exercice de la médecine, peu importe ses champs d'application. Nous reverrons, plus tard, que des nuances existent, concernant l'attitude visant à féliciter le patient.

Au-delà même de l'autonomie du patient, c'est également le « sentiment de liberté » qui est essentiel à faire développer par le patient dans le processus de changement (25). Cela a été démontré par la psychologie sociale (26) : une personne qui se sent libre de réaliser ou non quelque chose aura plus tendance à le réaliser qu'une personne à qui on ne donne pas le choix. Nous pouvons par exemple verbaliser au patient « vous être libre de… » pour lui signifier son autonomie.

Les notions de justice ou d'équité n'avaient pas été nommées par les médecins mais pourraient faire écho au fait de **s'adapter à chaque patient**. Reconnaître et composer avec la singularité de chacun est effectivement essentiel. Comme le précisent les médecins généralistes, la manière d'accompagner dépend du patient lui-même, elle n'est pas normalisée.

Certains des éléments du savoir-être décrits par les médecins de l'étude évoquent l'esprit et le processus d'engagement dans la relation proposé par l'entretien motivationnel (EM).

L'entretien motivationnel est un style communicationnel collaboratif, centré sur le patient, qui vise à faire développer par le patient ses propres motivations à opérer un changement et, par cela, la résolution de son ambivalence.

L'EM est formalisé dans les années 1980 par W. Miller puis développé dans les années 1990 par W. Miller et S. Rollnick avec la parution de leur premier livre en 1991 (4). Bien qu'initialement étudié dans le champ de l'addictologie, l'EM a depuis montré sa supériorité par rapport aux conseils traditionnels dans l'accompagnement au changement dans de multiples domaine de la santé (27). Ces effets sont visibles également lors de l'utilisation de l'EM dans le champ de la médecine générale, bien que des études à grandes échelles soient nécessaires (28).

L'esprit de l'EM associe (4) :

- Le partenariat : avancer avec l'autre et pour l'autre
- Le non-jugement, incluant l'empathie, l'autonomie et la valorisation
- L'altruisme : promouvoir le bien-être de l'autre, pour l'autre
- L'évocation : faire émerger l'expression des capacités de la personne, par elle-même

Les médecins généralistes présentent indéniablement dans leurs pratiques des éléments de l'esprit de l'EM, comme le partenariat, le non-jugement et l'altruisme. Comme nous venons de le voir, ces éléments peuvent être développés afin d'améliorer l'accompagnement des patients. Néanmoins, bien que ces éléments soient présentés comme essentiels et souhaités, nous développerons plus tard dans ce travail de thèse que certains pièges peuvent exister et mettre à mal cet esprit.

Les 4 processus de l'EM sont :

- Engager la relation : créer une alliance avec le patient, dans un cadre empathique
- Focaliser : définir le projet du changement et « maintenir le cap »
- Évoquer : faire élaborer le patient sur le projet du changement
- Planifier : faire élaborer le patient sur ses stratégies pour réaliser le changement

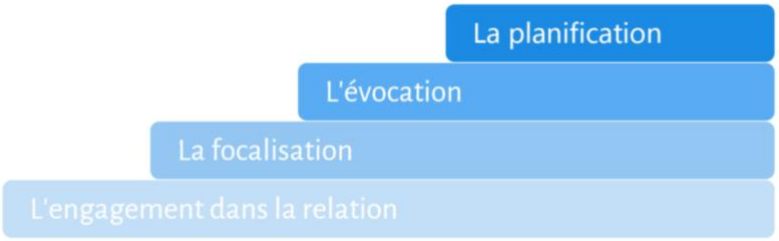

Figure 4 : Les 4 processus de l'EM

L'engagement dans la relation est le 1er processus de l'EM. La création de cette alliance entre le médecin et son patient est considérée comme indispensable à tout processus de changement. C'est le socle dans l'accompagnement au changement.

La communication est pour les médecins généralistes au cœur de l'accompagnement des patients vers un changement de comportement. Tous les types de communications sont décrits et utilisés : verbale, non verbale et para-verbale. Un article de 2017 publié par le CNGE, rappelle que les bases et les outils de la relation médecin patient trouvent leurs sources principalement dans la compétence communicationnelle. Effectivement, les bases de la relation sont définies par l'écoute, les attitudes du médecin, l'approche systémique (type de relation et de logique). Les outils décrits s'articulent entre un savoir-être (écoute active, authenticité, considération, empathie, compétence émotionnelle), un savoir-faire (questions ouvertes, respecter des silences, reformulation, recontextualisation, résumer, …) et les principes éthiques. Le médecin se doit, pour une approche centrée patient, d'intégrer ces bases et outils à sa pratique, pour une compétence communicationnelle de qualité (20).

Certains outils du savoir-faire communicationnel des médecins évoquaient des outils de l'EM :

Les outils de l'EM sont décrits par l'acronyme « OuVER + DDFD » (29)

- Questions ouvertes
- Valorisation
- Écoute réflexive ; Reflets ; Reformulations
- Résumé
- Information motivationnelle « Demander, Demander, Fournir, Demander »

Les outils tels que la formulation de questions ouvertes, la reformulation, et la valorisation étaient principalement décrits par les médecins informés ou sensibilisés à propos de l'EM. Les médecins étaient certains du bénéfice quant à l'utilisation de ces outils pour l'accompagnement des patients. Cet avis est lié à leurs pratiques régulières et leurs retours d'expériences. Une médecin décrivait regretter son absence de formation en EM, au titre qu'elle ne maitrise pas ces outils et qu'ils manquent à sa pratique. Les outils communicationnels de l'EM semblent donc apporter un bénéfice pour l'accompagnement dans l'esprit des médecins généralistes ayant connaissance de l'existence de l'EM.

Il est intéressant de constater que **les émotions du médecin** étaient décrites par certains médecins comme les éléments ayant un impact direct sur la prise en charge des patients. Elles influenceraient même l'état du médecin sur les consultations suivantes. Les émotions différaient du fait de la relation, du patient, du temps de consultation, du vécu personnel du médecin. Ces éléments sont également retrouvés dans la thèse de C. Soulard et M. Stamme (30).

Elles pouvaient également provoquer des mécanismes de défense de la part du médecin, comme l'utilisation de la peur. Les mécanismes de défense permettent de diminuer notre propre tension interne mais peuvent être source de résistance pour le patient (31). Imaginer que le médecin puisse être totalement neutre émotionnellement paraît illusoire : les émotions sont constitutives de la nature humaine. Le médecin n'y échappe pas (32). Chaque être humain a des limites avec lesquelles il doit composer. Identifier ses limites, reconnaître ses propres émotions et mécanismes de défense peut, au même titre qu'identifier ceux du patient, permettre de cibler une meilleure prise en charge, grâce à une meilleure compréhension intrapsychique. Il en va de sa capacité à accompagner le patient et à favoriser la relation médecin-patient (30).

Reconnaître ses émotions et les exprimer, à des confrères, à des psychologues, serait également pour le médecin un outil préventif contre le burn-out, dont l'épuisement émotionnel est l'une des composantes (33).

Comme décrit par les médecins de l'étude, l'empathie est variable selon les émotions du médecin. Ce lien a été retrouvé dans le travail de thèse du Dr Buffel du Vaure (18) : le bien-être du médecin permet une meilleure empathie, ainsi qu'une meilleure communication, dont l'écoute.

Comme nous venons de le voir, les émotions du médecin peuvent influencer de plusieurs manières l'accompagnement des patients. Il y a donc là un bénéfice réel, pour le patient comme pour le médecin, à reconnaitre et à gérer nos émotions.

Les préjugés des médecins étaient considérés comme des freins, conscients ou non, dans l'accompagnement des patients.

A ce titre, un préjugé est une *« attitude positive ou négative envers les membres d'un groupe par le jugement d'une personne ou d'un groupe sans en avoir acquis suffisamment de connaissances ».* Ils peuvent découler des stéréotypes qui, eux, sont définis comme *« les caractéristiques prétendument typiques des membres d'un groupe ».* L'un comme l'autre peuvent entrainer des discriminations (34).

Les préjugés négatifs des médecins généralistes sont effectivement reconnus comme un frein à l'accompagnement. Le non-changement du patient, dû à la résistance engendrée par le préjugé, renforcerait d'autant plus celui-ci : c'est ce qui est appelé l'Effet Golem. A l'inverse, lever les stéréotypes pouvant entraîner préjugés et discriminations diminue la résistance des patients et favorise ainsi le changement : c'est l'effet Pygmalion (34).

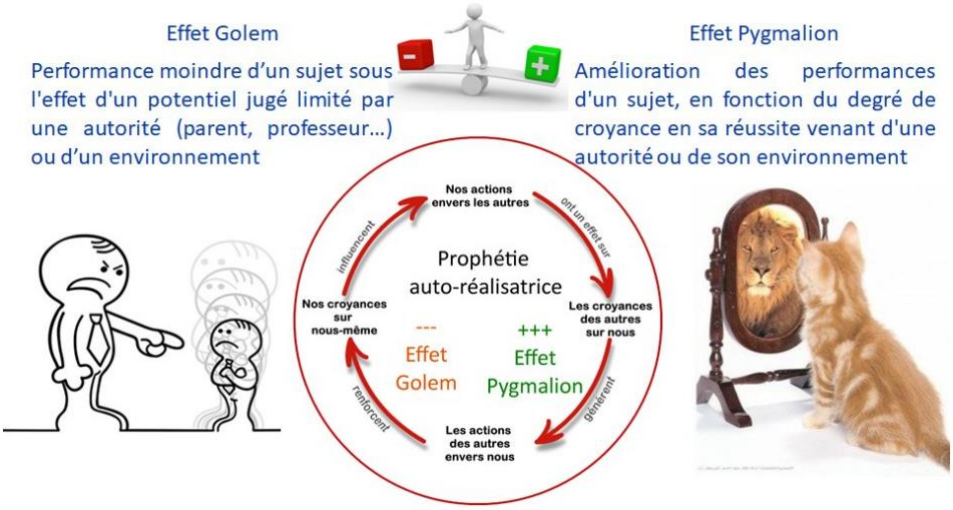

Figure 5 : Effet Golem et Effet Pygmalion

On voit bien ici l'importance et l'impact que le médecin peut avoir sur le processus de changement du patient. Il paraît donc nécessaire d'identifier et d'interroger les préjugés et de travailler à les supprimer par la formation (théorie, jeux de rôle, etc.) et l'information, afin qu'ils n'entraînent pas un échec dans le changement de comportement des patients par nos seules représentations erronées (35). Nous pouvons encore une fois nous interroger sur l'inadéquation entre préjugés et principes de non-jugement et d'équité.

B. Des avis divergents et des impacts insoupçonnés sur l'accompagnement

Nous avons vu en introduction la notion d'ambivalence du patient comme étant l'association du discours-maintien et du discours-changement. Le discours-maintien du patient est normal dans un processus de changement. Il peut être cependant confondu par les médecins avec la résistance du patient à changer de comportement.

La résistance du patient témoigne généralement d'une relation en « dissonance » entre le patient et le médecin et non d'une mauvaise volonté du patient à changer. La résistance est la plupart du temps provoquée ou amplifiée par le médecin lui-même, de manière inconsciente. Malheureusement, devant la résistance du patient au changement, le médecin aura plutôt tendance à se focaliser sur cette résistance. Cela peut entrainer une « lutte », et provoquer une escalade dans la résistance du patient, néfaste pour l'accompagnement : une attitude qui serait contraire à l'idée de « rouler avec » développée par l'EM. Dans un ouvrage récent, le terme de **« discordance »** est préféré à celui de « résistance ». Le premier renvoie au discours-maintien développé par le patient, poussé par le réflexe correcteur du médecin (nous reviendrons sur ce concept plus tard), alors que le second renvoie au caractère opposant du patient. Les contre-arguments produits par le patient devraient pouvoir être perçus par le médecin comme un signal d'alarme à changer de style communicationnel au risque de pousser le patient dans ses retranchements (36).

Ces éléments ne sont pas toujours perçus comme tels par les médecins généralistes. Les discordances sont principalement liées à un **manque d'écoute active**, un sentiment de **perte d'autonomie** du patient ou d'un **jugement** du médecin (4).

1. Des avis divergents ou nuancés

Les médecins pouvaient présenter pour certains éléments des avis divergents ou très nuancés quant aux bénéfices ou non dans l'accompagnement des patients. Cela rendait parfois leurs propos difficilement interprétables.

Différentes postures étaient décrites par les médecins généralistes afin d'accompagner les patients dans leurs changements.

La posture paternaliste, était utilisée si elle était estimée par le médecin comme souhaité par les patients. De par le style dirigiste et la position haute du praticien en tant que sachant, elle n'est pas adaptée à l'accompagnement au changement des patients. Cette asymétrie diminue l'autonomie des patients et engendre donc une relation dissonante, qui peut être néfaste pour l'accompagnement des patients puisque contre-productive (37).

La posture d'accompagnant est décrite par les médecins de notre étude comme le fait de suivre le patient, en fonction de plusieurs facteurs, comme notamment sa motivation et sa temporalité. En conséquence, le manque de guidance est parfois justifié par les médecins interrogés par le souhait de respecter l'autonomie du patient et sa temporalité, mais entraine l'arrêt de l'accompagnement. C'est une position, à l'opposé de la posture paternaliste, qui est ici trop passive pour accompagner le patient vers son changement (20,36). Finalement, le médecin sait-il comment faire pour guider son patient vers le changement ? Que représente le modèle autonomiste pour le médecin puisqu'il semble en inadéquation avec la posture de guide ?

La posture de « coach » serait celle qui se rapproche le plus de la posture à adopter pour un accompagnement motivationnel, à condition de faire développer par le patient ses motivations propres et non les lui « apporter sur un plateau ». Pour accompagner un changement de comportement, le médecin doit donc se mettre en posture de guide, non directif mais orienté, dans une direction donnée, celle du changement (38).

Le fait de partager son **expérience personnelle avec le patient** divise les professionnels, dans les pratiques comme dans les représentations. La littérature nous apprend que cela engendrerait des freins à l'accompagnement des patients : décentrés, ils ne seraient plus les sujets principaux des échanges. Le fait d'avoir une mauvaise expérience ou une non-expérience du comportement discrédite le médecin, sans pour autant apporter quelque chose au patient. Parler de soi en tant que professionnel fait écran à la réflexion du patient sur lui-même et pour lui-même. Il semble donc que de parler de son expérience personnelle dans un but d'accompagner les patients vers un changement ne soit pas bénéfique (39).

L'utilisation de l'humour appliqué au contexte de changement n'était majoritairement pas perçue par les médecins généralistes comme un facteur de discordance. Les avis étaient tout de même très nuancés. Dans le cadre de notre étude, les résultats étaient comparables aux résultats du travail de thèse du Dr Cordonnier en 2016 (40) : son utilisation serait

favorable, à condition de prudence et bienveillance. Le point de vue des patients quant à l'utilisation de l'humour par les médecins généralistes a été étudié en 2020 dans le travail de thèse du Dr Colmart en 2020 (41) : la perception des patients quant à l'utilisation de l'humour par les médecins était semblable à celle des médecins généralistes eux-mêmes, mais n'évoquait pas le contexte de l'accompagnement au changement de comportement.

La littérature nous enseigne que **l'utilisation de la peur** pour accompagner un changement de comportement est un outil risqué. Cet avis était partagé par les médecins généralistes de l'étude, mais n'empêchait pas son utilisation. La réaction du patient à cette menace peut engendrer une émotion négative et une réaction imprévisible. Effectivement, l'acceptation est un des résultats pouvant être obtenu s'il est associé à un message fort. Cela permet d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle. Malgré tout, ce sont surtout des stratégies de défense comme l'évitement ou l'opposition que l'on constate face à un message effrayant. Ce qui majore encore une fois la discordance du patient (42). De plus, la peur est un facteur externe de changement, ce qui ne va pas dans le sens de favoriser la motivation intrinsèque du patient (25).

L'utilisation de l'humour comme de la peur est également décrit par T. Gordon comme des barrages à l'écoute active. Nous développerons ceci juste après.

2. Des impacts insoupçonnés ou inconscients

Les 12 impasses relationnelles par T. Gordon, appelées également « Les barrages de Gordon », sont décrites comme les réactions du médecin diminuant son écoute active et favorisant la « résistance » du patient (4).

- Ordonner, diriger, commander
- Mettre en garde, avertir, menacer
- Donner des conseils, faire des suggestions ou proposer des solutions
- Persuader avec de la logique, des arguments ou un cours
- Dire aux gens ce qu'il faudrait faire, moraliser
- Manifester son désaccord, juger, critiquer ou blâmer
- Manifester son accord, approuver ou féliciter
- Faire honte, ridiculiser ou étiqueter
- Interpréter ou analyser
- Rassurer, manifester sa sympathie ou consoler
- Questionner ou demander des preuves
- Laisser tomber, distraire, faire de l'humour, changer de sujet

On retrouve dans le savoir-être et savoir-faire des médecins des impasses décrites par T. Gordon comme des éléments favorisant les « résistances » du patient. Ce qui n'est pas perçu comme tel par les médecins. Nous allons discuter de l'attitude de féliciter le patient, d'argumenter ses propos et ses variantes, de trouver des alternatives au comportement des patients et d'évaluer le patient.

Aussi, l'attitude qui consiste à **féliciter le patient** est décrite comme une manière de le juger, bien que ce soit de manière positive. Elle renvoie aussi à la posture paternaliste. Parmi les outils de l'EM, la valorisation est, quant à elle, promue soit par « valorisation directe » du potentiel du patient par le médecin, soit en favorisant l'auto-valorisation du patient (4). La valorisation peut se faire sous forme de questions concernant les processus, les compétences, les ressources et les valeurs mobilisées par le patient, ou encore par des reflets. Comme expliqué en introduction, un des déterminants du changement est que le patient se sente capable de changer : la valorisation développe cela chez le patient mais également sa capacité à s'autodéterminer (36).

D'autre part, **faire un cours, argumenter ses propos, conseiller** étaient beaucoup utilisés par les médecins généralistes. Cela place le médecin dans une position d'expert et le patient en position passive ou « d'ignorant ». Ceci est également décrit parmi « les 6 attitudes de Porter » : ces attitudes de donner des ordres ou des conseils ne favorisent pas le besoin d'autonomie du patient et peuvent même être perçues comme infantilisantes (20). Cela renvoie encore une fois à la posture paternaliste ou de sachant déjà discutée précédemment. Il n'est pas question ici de laisser le patient sans information qu'il aimerait connaitre, mais encore une fois la forme est importante : il est préférable de demander au patient s'il souhaite des informations et non lui imposer. Afin de diminuer la discordance du patient, l'outil « Demander-Demander-Fournir-Demander » (DDFD), proposé par l'EM, permet de donner des informations avec l'accord du patient, ce qui l'inclut et favorise encore une fois son sentiment d'autonomie, la collaboration et l'élaboration du patient au sujet du changement (4,36).

Voici un exemple de l'information motivationnelle « DDFD » :

- Demander : Seriez-vous d'accord que l'on aborde le sujet du tabac ensemble ?
- Demander : Que savez-vous à ce sujet ?
- Fournir : Compléter ou reprendre ce qui doit l'être
- Demander : Qu'en pensez-vous ? Qu'est-ce que cela vous inspire pour la suite ?

Trouver des alternatives au comportement problématique, en les proposant au patient directement, peut provoquer une nouvelle fois un sentiment de perte d'autonomie pour les patients et donc favoriser la discordance. Ces alternatives au comportement semblent arriver assez précocement au cours d'une consultation en vue d'un changement. Dans l'EM, la production par le patient de ses stratégies en faveur du changement intervient lors du processus de planification, donc tardivement. Il est important de laisser le temps au patient de cheminer sur ce qu'il se sent capable de réaliser et comment (4).

Pour les médecins interrogés**, l'évaluation** constitue une étape clé dans l'accompagnement. Cela fait écho à l'étape de l'interrogatoire que l'on apprend à réaliser lors des études de médecine. Tous les champs sont questionnés. Cette étape est essentielle dans une démarche d'approche centrée sur le patient. Néanmoins, comme l'a décrit E. Porter, cela peut renvoyer également à un jugement moral du médecin envers le patient et donc risquer de bloquer la relation (20). Également, comme le décrit T. Gordon, il faut être vigilant à éviter l'effet interrogatoire. Si l'on assaille le patient de questions fermées, la place réservée à l'expression et l'accueil du patient se trouve réduite, ce qui favorise encore une fois de la discorde (43).

De plus, cette évaluation semblait être une étape charnière pour les médecins. Elle conditionnait la poursuite ou non de l'accompagnement. La motivation et la temporalité du patient étaient considérées comme des facteurs pouvant provoquer l'arrêt de l'accompagnement. Bien que les médecins verbalisaient aux patients le fait de rester disponibles, ils laissaient la temporalité et la motivation du patient décider de la suite de l'accompagnement.

On peut voir ici d'une part que considérer ces deux éléments comme binaire (être prêt ou motivé, et ne pas être prêt ou ne pas être pas motivé) est erroné : le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente montre qu'il s'agit d'un processus. D'autre part, ce n'est pas en adéquation avec la posture consistant à guider le patient vers le changement développé précédemment.

Cette étape est nécessaire, mais peut être réalisée différemment dans sa forme et dans son intention afin de guider le patient vers le changement, comme le proposent les processus de focalisation et d'évocation de l'EM. Il ne devrait pas être question ici de savoir si l'accompagnement doit continuer ou non, mais de définir la direction du changement et de faire réfléchir le patient sur son ambivalence, ses motivations, sa temporalité (44). Face à un

patient ambivalent, c'est au médecin de faire émerger le discours du patient en faveur du discours-changement et donc de le guider vers le « être prêt », sans l'attendre passivement. Cela ne réduit pas l'autonomie du patient : il est l'acteur principal de ce changement et il trouve lui-même ses solutions (4).

Au-delà des éléments décrit par T. Gordon, on peut remarquer d'autres facteurs inconscients de dissonance décrits par les médecins généralistes.

L'organisation de l'accompagnement était une étape indispensable pour les médecins. Il peut également être mis en parallèle avec le processus de planification déjà développé précédemment. C'est la dernière étape dans l'accompagnement vers le changement. C'est au patient de concevoir cette étape. La « feuille de route » peut prendre du temps à être conçue par le patient et peut même évoluer. Il est important de donner le temps nécessaire au patient pour l'aboutissement de ces différents processus.

A ces facteurs de discorde déjà mentionnés, s'ajoute **le réflexe correcteur.** Il est défini par le fait de vouloir changer le comportement de quelqu'un d'autre, jugé négatif par soi-même (4). Bien que l'intention soit bienveillante, cela renforce les discordances du patient en diminuant son sentiment d'autonomie, puisque le médecin « sait ce qui est bon ou pas pour lui ». Il renvoie également à un message jugeant de sa part. Le risque est encore une fois un échec dans l'accompagnement du patient (44). Ceci est illustré par la citation de Blaise Pascal (voir introduction), mais également par le dessin de PIEM ci-dessous.

Figure 6 : Illustration de PIEM

Plusieurs **paradoxes** entre les pratiques des médecins et leurs représentations étaient perceptibles, sans que les médecins généralistes semblent en avoir conscience.

Les paradoxes sont définis par le Larousse comme *« être, chose ou fait qui paraissent défier la logique parce qu'ils présentent des aspects contradictoires ».* Ces paradoxes pouvaient se manifester par des attitudes contradictoires à leurs représentations, parfois conscientes et liées principalement à des incertitudes. D'autres n'avaient pas conscience de présenter certaines attitudes paradoxales. Par exemple, la majorité des médecins interrogés souhaitaient promouvoir l'autonomie du patient, cependant un style dirigiste était parfois observé.

« Je ne sais pas, ça peut être un sentiment d'autonomisation, lui proposer des trucs et qu'il se dise « ah oui d'accord ça c'est à moi de faire, je peux essayer de gérer. Voilà. » (M1)

« Et après je vais leur demander en gros d'éliminer les cigarettes réflexe, de retarder celles « de dépendance » et maintenir les plaisirs à la rigueur de les garder et pouvoir les arrêter complètement à la fin. » (M1)

Ou encore, on pouvait remarquer l'utilisation de l'argumentation chez certains médecins qui estimaient ne pas le faire.

« J'essaie de ne pas leur dire « il faut », je vais parfois utiliser des études, donner un côté plus scientifique, pour donner de la valeur à ce qu'on peut leur proposer. Argumenter coûte que coûte type « débat télévisé »… Tu me diras dans quel débat télévisé où chacun argumente où il y en a un qui ressort en ayant changé d'avis ? Aucun (rires). L'intérêt pour moi c'est qu'il ait compris l'intérêt de faire ou pas quelque chose mais je ne vais pas y aller frontalement. C'est plutôt une discussion qu'on a. » (M8)

« Déjà je vais lui expliquer deux choses : je vais conforter son idée que d'arrêter de fumer ça sera une plus-value pour lui et en quoi ça sera une plus-value » (M8)

Ces attitudes paradoxales peuvent être mises en parallèle avec le phénomène de dissonance cognitive développé par Festinger. Cela consiste à agir en contradiction avec ses propres cognitions ou représentations, de manière inconsciente. Cette dissonance peut induire un inconfort psychologique, et ainsi entrainer une modification des cognitions pour justifier des actions paradoxales (45). On peut facilement imaginer que cela renvoie un message contradictoire au patient pouvant être source de discordance. Cette « irrationalité » n'échappe pas non plus aux patients, cela semble donc être une affaire humaine.

II. Perspectives

A. Pour la pratique et la formation

1. La formation à l'EM : apport professionnel … et personnel

Une médecin exprimait le fait d'être plus satisfaite depuis qu'elle reformule les propos des patients. Ce sentiment de vécu positif à l'utilisation de l'EM par les médecins généralistes était décrit dans le travail de thèse du Dr Solty en 2013 (46) et plus récemment dans le travail de thèse du Dr Besançon en 2021 (47). Elles montraient toutes deux un bénéfice personnel à l'utilisation de l'EM, notamment une plus grande sérénité.

L'EM « n'est pas facile », comme précisent Miller et Rollnick dans l'article « Ten things that motivational interviewing is not » (« Dix choses que l'Entretien Motivationnel n'est pas »), publié en 2009 (48). Une formation approfondie de l'EM offrirait une meilleure maîtrise des outils déjà utilisés ainsi qu'un éventail plus grand d'outils communicationnels à la disposition des médecins généralistes (49). Cette maitrise semble primordiale mais réductrice si on ne prend pas en compte l'esprit global de l'EM. Sa pratique dans son ensemble (outils, processus, esprit) permettrait de connaitre et mieux appréhender les facteurs favorisant la discordance des patients. Cette formation à l'EM permettrait ainsi de diminuer les incertitudes des médecins et les paradoxes entre leurs représentations et leurs pratiques.

Ce travail de thèse pourrait faire émerger le souhait chez des médecins généralistes de se former à l'EM. Des formations de base et d'approfondissement sont disponibles, notamment avec l'AFDEM.

2. La rétroaction vidéo

La SODEV, Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo, est une méthode pédagogique validée pour la compétence communicationnelle au niveau international, mais reste peu utilisée en France (50,51). Elle consiste à filmer des consultations menées par l'interne puis visionner celle-ci conjointement entre l'interne et le maître de stage universitaire, afin d'en faire l'analyse. Le travail de thèse du Dr Touati en 2021 (52) considérait cet outil faisable et utile à la formation des internes de médecine générale en France. Il y avait

là un intérêt dans plusieurs champs de compétences de la médecine générale. D'autant plus que l'avis des patients concernant cette méthode est globalement favorable (53).

La SOREV pourrait également être un outil intéressant pour l'auto-évaluation et l'hétéro-évaluation des médecins généralistes dans le cadre de la formation continue, comme par exemple l'analyse en « Groupes de Pairs » (54). Cela permettrait une vision plus objective de nos pratiques. Nous pourrions nous confronter à nos représentations et ainsi mettre en lumière de potentiels paradoxes, émotions ou préjugés. L'AFDEM met en place des outils de supervision audio pour ses formations (55).

B. Pour la recherche

Des études ont déjà été menées afin de montrer l'apport de la formation à l'EM chez les internes (56,57) et l'intérêt de l'EM pour les médecins généralistes (46,47). Il serait intéressant qu'une étude soit menée afin de comparer les pratiques et les représentations des médecins généralistes avant et après une formation à l'EM. Cela permettrait également de mettre en exergue les facteurs pouvant entraîner des discordances chez les patients.

Enfin, il serait intéressant de se pencher sur les préjugés et les paradoxes des médecins. Ce sont des résultats inattendus qui ressortent de cette étude. Les questionner plus spécifiquement pourrait être utile afin de trouver en amont des solutions à mettre en œuvre pour améliorer l'accompagnement des patients.

III. Forces et limites de l'étude

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés était la plus adaptée afin de recueillir les propos des médecins, tout en laissant l'opportunité à des notions inattendues d'émerger.

L'intérêt de l'étude réside dans le fait d'une intention d'amélioration constante des pratiques en médecine générale, notamment sur l'élément central de la marguerite des compétences « Relation médecin-patient, communication, approche centrée patient ».

L'investigatrice était non experte dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés, néanmoins, étant jeune médecin, elle était formée à l'écoute et à la réalisation d'entretiens. De plus, sa formation initiale à l'EM et sa pratique régulière ont permis l'utilisation d'outils tels que la reformulation et de relance sous forme de questions ouvertes facilitant les échanges.

Les entretiens ont été menés en présentiel ou par visioconférence. Bien que les entretiens par visioconférence pourraient limiter les échanges, on peut voir que leurs durées sont pour 3 des 4 entretiens supérieures ou égales à la durée moyenne des entretiens. Ceci peut s'expliquer par une plus grande disponibilité des médecins puisque ces entretiens se sont déroulés en soirée ou lors de jours de repos des médecins, alors que les entretiens en présentiel se sont majoritairement déroulés au cours de la journée de consultation des médecins, que l'on sait la plupart du temps chargée.

La méthode de recrutement « par internet » a présenté de nombreux refus, poussant l'investigatrice à utiliser une autre méthode de recrutement. Les refus étaient expliqués par un manque de temps ou un manque d'intérêt pour le sujet de l'étude annoncé (« la communication du médecin »). La méthode de recrutement par recommandation a pu engendrer un biais de désirabilité : d'une part, les médecins pouvaient ne pas oser dire non, d'autre part, on peut également penser qu'il y a eu un tri parmi les médecins intéressés par la communication, excluant les autres. Quelles réponses aurions-nous obtenues dans le cas contraire ?

L'échantillon présentait une diversité d'âge et de mode d'exercice. Il existe un biais de mémorisation, puisque la majorité des médecins ne se souvenaient plus de manière exacte, du contenu de leur formation en communication.

L'analyse ayant été entièrement réalisée par l'investigatrice, il n'a donc pas eu de triangulation des données. Un biais d'interprétation ne peut être écarté, néanmoins, il a pu être limité par la supervision de certains codages par la directrice de thèse, ainsi que l'apparition de résultats inattendus.

Un biais de positionnement ne peut être exclu de la part de l'investigatrice, puisqu'elle présente un intérêt évident pour l'accompagnement au changement en santé des patients et l'EM.

CONCLUSION

Savoir guider les patients dans leurs changements de comportement en santé est fondamental pour la pratique optimale de la médecine générale. Les médecins généralistes évoquent l'impact et l'influence du savoir-être, du savoir-faire et de leur humanité propre sur le processus de changement du patient. Certaines pratiques et représentations des médecins sont intéressantes pour le changement. Mais bien que l'atmosphère globale soit positive, avec le souhait évident des médecins de faire le bien, le mieux, pour accompagner les patients dans leurs changements, nous avons pu remarquer certaines pratiques et représentations pouvant être contre-productives, notamment par la mise à mal, souvent inconsciente, des principes d'autonomie et de non-jugement.

Il semble alors que l'enjeu serait plutôt d'apprendre comment accompagner le patient dans son changement, et non comment faire changer le patient. Pour ce faire, la formation semble nécessaire afin d'améliorer nos compétences dans ce domaine et prendre conscience de notre propre impact sur le processus de changement du patient. L'Entretien Motivationnel, bien plus qu'un outil ou une méthode, est un état d'esprit, une manière de guider le patient sur son chemin par la mise en lumière de son ambivalence et de sa motivation intrinsèque. L'élaboration par le patient de ses propres motivations et la production de ses propres stratégies est indispensable. La formation en EM permet un accompagnement des patients dans ce sens, et présente également un bénéfice pour le médecin lui-même.

Cette étude montre également une libération de la parole des médecins. Cette libération concerne leurs émotions, leurs préjugés et l'impact qu'ils peuvent avoir sur l'accompagnement au changement des patients. De manière évidente, l'humanité propre du médecin influence fortement l'accompagnement. Sa neutralité totale n'est pas possible, le médecin étant un être humain qui soigne un autre être humain. Un travail d'objectivisation est nécessaire afin d'améliorer l'accompagnement des patients. Pour ce faire, le développement de la SODEV pourrait être à envisager, dans la formation initiale comme dans la formation continue.

Conscientiser et se former sur notre impact dans l'apparition de potentiels facteurs de discordance des patients, ainsi que renforcer nos pratiques et représentations adéquates pour l'accompagnement au changement, amènerait à un réel « savoir guider ».

BIBLIOGRAPHIE

1. SPF. La prévention en question : attitudes à l'égard de la santé, perceptions des messages préventifs et impact des campagnes. [Internet]. [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-prevention-en-question-attitudes-a-l-egard-de-la-sante-perceptions-des-messages-preventifs-et-impact-des-campagnes

2. WONCA Europe. Définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. 2002. Disponible sur: http://clge.fr/wp-content/uploads/2015/04/WONCA_definition1.pdf

3. DUMG Sorbonne Université. Modèle transthéorique du changement [Internet]. 2020. Disponible sur: https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/06/Mode%CC%80le-tranthe%CC%81orique-du-changement.pdf

4. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. 2e édition. InterEditions. 2013.

5. Huisman JP. Sevrage tabagique : ce qu'il faut savoir de l'entretien motivationnel [Internet]. Réalités Cardiologiques. 2020 [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: https://www.realites-cardiologiques.com/2020/02/21/sevrage-tabagique -ce-quil-faut-savoir-de-lentretien-motivationnel/

6. Morris LS, Grehl MM, Rutter SB, Mehta M, Westwater ML. On what motivates us: a detailed review of intrinsic v. extrinsic motivation. Psychol Med. juill 2022;52(10):1801-16.

7. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles De La Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé ; CNGE. 2021.

8. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.

9. Laurent A. Exploration des méthodes utilisées par les médecins généralistes lorrains pour motiver leurs patients à modifier leurs comportements. Thèse de Médecine Générale. Nancy; 2014.

10. Napol M, Kuhn S. Critères de qualité selon les patients, de la communication médecin-patient en médecine générale. Thèse de Médecine Générale. Grenoble; 2018.

11. Barbosa V. Attentes des patients fumeurs envers leurs médecins généralistes pour le sevrage tabagique. Thèse de Médecine Générale. Tours; 2016.

12. Gulczynski MC. Importance accordée par les patients aux compétences en médecine générale. Thèse de Médecine Générale. Paris Descartes; 2015.

13. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;24(108):148-55.

14. Lussier MT, Richard C. Le médecin de famille doit-il être empathique?: OUI. Can Fam Physician. 1 août 2010;56(8):744-6.

15. Bozarth JD. Des modes d'empathie émergent au-delà du reflet. Approche Centrée Sur Pers Prat Rech. 2010;12(2):64-82.

16. Moyers TB, Miller WR. Is low therapist empathy toxic? Psychol Addict Behav. 2013;27:878-84.

17. Simonet L. Communication lors de la consultation : une compétence qui s'apprend et ... s'enseigne. Rev Médicale Suisse. 2012;230.

18. Buffel du Vaure C. Déterminants de l'empathie clinique des médecins généralistes et de leur pratique. Thèse de Médecine Générale. Paris Descartes; 2012.

19. Marin E. Enseigner l'empathie en médecine? Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques. Thèse de Médecine Générale. Lyon Est; 2011.

20. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. Exercer. avr 2017;(137):1-11.

21. Dumot P. Impact d'un enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôle sur la compétence communication des étudiants en médecine. Thèse de Médecine Générale. Tours; 2017.

22. Larapidie C. Evaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient. Thèse de Médecine Générale. Toulouse III; 2018.

23. Hamard D. Apport perçu du stage en médecine générale de niveau 1 dans l'acquisition de la compétence communicationnelle par les internes. Thèse de Médecine Générale. Tours; 2019.

24. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. Med Princ Pract. 2021;30(1):17-28.

25. Huisman JP. Les clés du changement. Éditions scientifiques L & C. 2009.

26. Gillet I, Gilibert D, Girandola F. L'évocation de la liberté améliore-t-elle l'efficacité d'une formation ? Cah Int Psychol Soc. 2013;Numéro 98(2):147-71.

27. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 1 avr 2005;55(513):305-12.

28. Edmond K. Evaluation de l'efficacité des entretiens motivationnels dans les cabinets de médecin générale : revue de littérature systématique. Thèse de Médecine Générale. Poitiers; 2021.

29. Dansou A, Prodel M. Entretien motivationnel. Rev Prat. mars 2019;(69):81-2.

30. Soulard C, Stamer M. Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne: quelles conséquences et quelle gestion? Thèse de Médecine Générale. Grenoble; 2017.

31. Moley-Massol I. La souffrance des soignants et leurs mécanismes de défense. Lett Pneumol. déc 2007;X(6):211-2.

32. Blanc P. Le rôle des émotions dans la délibération médicale. Éthique Santé. déc 2013;10(4):185-91.

33. Delbrouck M. Le burn-out du médecin soignant: Le syndrome d'épuisement professionnel. Sens-Dessous. 15 mars 2017;N° 19(1):5-18.

34. Dominicé Dao M. Préjugés? Pas dans ma pratique! Prim Hosp Care Médecine Interne Générale [Internet]. 24 juill 2018 [cité 31 janv 2023]; Disponible sur: https://doi.emh.ch/phc-f.2018.01767

35. Guilfoyle J, Kelly L, St-Pierre-Hansen N. Préjugés en médecine: Notre rôle dans les inégalités en matière de santé. Can Fam Physician. 1 nov 2008;54(11):1518-20.

36. Gache P, Cavilli Euvrard G. Guide pratique de l'entretien motivationnel. 20 fiches pour professionnaliser son approche relationnelle. InterEditions. 2022.

37. Verspieren P. Malade et médecin, partenaires. Études. 2005;402(1):27-38.

38. Huisman JP. Comment parler du tabac avec les fumeurs ? Editions scientifique L&C. 2009.

39. Larinier-Haas E. Tabac : pour un positionnement clair des professionnels. Lett Pneumol [Internet]. avr 2011;Vol.XIV(2). Disponible sur: https://www.edimark.fr/revues/le-courrier-des-addictions/4-decembre-2010-copy/tabac-pour-un-positionnement-clair-des-professionnels

40. Cordonnier J. Place de l'humour en tant qu'outil de communication en médecine générale: étude qualitative menée auprès de dix médecins généralistes de la Somme. Thèse de Médecine Générale. Amiens; 2016.

41. Colmart C. Perception des patients du recours a l'humour par leurs médecin généraliste en consultation. Thèse de Médecine Générale. Rouen; 2020.

42. Reach G. Faut-il faire peur aux patients ?: Do we have to frighten patients? Médecine Mal Métaboliques. 1 juin 2009;3(3):303-9.

43. Huisman JP. Sevrage tabagique : ce qu'il faut savoir de l'entretien motivationnel. Réal Cardiol. sept 2019;(327).

44. Benarous X, Legrand C, Consoli SM. L'entretien motivationnel dans la promotion des comportements de santé : une approche de la relation médecin/malade. Rev Médecine Interne. mai 2014;35(5):317-21.

45. Naccache L, El Karoui I, Salti M, Chammat M, Maillet M, Allali S. Comment notre cohérence subjective se construit-elle? Le modèle de la dissonance cognitive. Bull Académie Natl Médecine. 1 févr 2015;199(2):253-9.

46. Alam Solty C. Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel. Thèse de Médecine Générale. Caen; 2013.

47. Besancon G. Vécue de la pratique de l'entretien motivationnel par le médecin généraliste. Thèse de Médecine Générale. Tours; 2021.

48. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. Behav Cogn Psychother. mars 2009;37(2):129-40.

49. Delos N. Evaluation des connaissances et des pratiques en entretien motivationnel, en médecine générale, dans le département du Morbihan : étude qualitative descriptive auprès de 19 médecins généralistes morbihannais en décembre 2015. Thèse de Médecine Générale. Rennes 1; 2016.

50. CNGE. Atelier : La supervision par Vidéo en consultation : boostez la compétence relationnelle [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_files/file_manager/michele_lieurade/Congres%20CNGE%202016%20Minutes%20atelier%20SODEV.pdf

51. Chauvin B. Expérimentation de la supervision vidéo au DMG de Rouen : cadre légal et pratique. Thèse de Médecine Générale. Rouen; 2018.

52. Touati Y. Mise en œuvre d'une Supervision par observation directe avec ENregistrement vidéo en Situation Authentique de Soins (étude SENSAS): enquête quantitative de faisabilité et d'intérêt [Thèse de Médecine Générale]. Paris Est Créteil; 2019.

53. Pailloux C. La supervision par Observation Directe avec enregistrement Vidéo en stage de médecine générale: étude qualitative sur le ressenti des patients. Thèse de Médecine Générale. Rouen; 2021.

54. SFMG. Société Française de Médecine Générale : Groupe de pairs® [Internet]. [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: https://www.sfmg.org/groupe_de_pairs

55. AFDEM. Supervision [Internet]. 2019 [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: https://afdem.org/supervision/

56. Vidaillac M. Impact d'une formation à l'entretien motivationnel sur les pratiques des internes de médecine générale. Thèse de Médecine Générale. Tours; 2014.

57. Fleury H. La formation à l'Entretien Motivationnel en 3ème cycle de Médecine Générale en Aquitaine : Comment les internes se l'approprient-ils ? Etude qualitative par entre semi-dirigés. Thèse de Médecine Générale. Bordeaux; 2022.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien initial

Questions générales :

- **Pouvez-vous me donner votre âge ?**

- **Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?**

En libéral ? En salariat ?

- **Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?**

Relances : Qu'est-ce qui peut faire varier la durée d'une consultation ? Est-ce que ça s'est modifié au fil du temps ?

- **En quelques mots, qu'est-ce qui vous plaît dans le métier de médecin généraliste ? Qu'est-ce qui ne vous plaît pas ou moins ?**

- **Selon vous, entre zéro et dix, à combien l'empathie est importante en médecine générale ?**

Relances : Vous-même, à combien vous sentez vous empathique, toujours entre zéro et dix ? Quels sont les paramètres qui la font varier ? Qu'est ce qui fait que la note monte ou descend ?

- **Est-ce que vous pouvez me dire comment l'empathie se manifeste chez vous ?**

Relances : Qu'est-ce qui peut faire comprendre à la personne en face que vous éprouvez de l'empathie ? (Attitudes, ton, mots, façon de communiquer ?)

- **Quel est l'impact de ton état émotionnel sur le déroulement d'une consultation ?**

Relances : Qu'est-ce qui change dans une consultation selon votre état émotionnel ?
Par exemple sur la journée, si vous êtes énervée, triste, contente, …

Le changement

- **Avez-vous été formé à la communication pendant vos études de médecine ?**

Relances : Si oui, de quelle manière ? Quel format ? Et par la suite, où en dehors ?

- **Quelle importance accordez-vous à la communication pour accompagner un patient à changer un comportement, entre zéro et dix ?**

Relances : Pourquoi cette note ? Comment cela impacte votre pratique ?

- **A combien vous sentez-vous à l'aise face à un patient ambivalent concernant un changement, entre zéro et dix ?** (Zéro absolument pas à l'aise, dix parfaitement à l'aise)

Relances : Par exemple, votre patient vous dit qu'il aimerait arrêter de fumer mais qu'il craint de grossir *(ou autre exemple*), à combien vous sentez-vous à l'aise ?
Pourquoi cette note ? Pourquoi vous sentez vous à l'aise ? Pourquoi vous ne vous sentez vous pas à l'aise ? Que faudrait-il pour l'améliorer ?

- **Qu'est-ce que vous dites ou demandez à un patient ambivalent ?**

Relances : Pourquoi ? Qu'est-ce que vous pensez provoquer chez lui ?

- **Lors de la consultation suivante, votre patient n'a toujours pas changé son comportement, que lui dites-vous ou demandez-vous ?**

- **Selon vous, pourquoi son comportement ne change pas ?**

Relances : Qu'est ce qui peut faire qu'un patient change ou ne change pas son comportement ? Cela dépend uniquement du patient ou de son environnement ? De quoi d'autre ?

- **Que ressentez-vous devant ce patient qui ne change pas ?**

Relance : Quels sont vos sentiments suite à ces consultations ?

- **En quoi notre manière de communiquer pourrait avoir un impact sur le processus de changement d'un patient ?**

Relances : Qu'est-ce qui pourrait avoir un impact positif ou au contraire négatif sur le processus de changement d'un patient dans notre manière de communiquer ?

- **Utilisez-vous habituellement des questions fermées ou ouvertes ?**

Relances : Donner un exemple pour illustrer la différence si besoin.
Pourquoi ? Est-ce spontané ou souhaité ?

- **Trouvez-vous utile de parler de vous-même à titre d'exemple ?**

Relances : Si oui : Que pensez-vous que cela apporte au patient ? Si non : Pourquoi ?

- **Cherchez-vous à argumenter vos propos auprès du patient ? Pourquoi ?**

- **Que pensez-vous de faire peur au patient ?**

Relances : L'utilisez-vous ? Pourquoi ? Qu'est-ce que cela provoque chez le patient selon vous ?

- **Qu'est-ce que vous pensez d'utiliser le ton de l'humour ?**

Relances : Le faites-vous ? Pourquoi ? Qu'est-ce que cela provoque chez le patient selon vous ?

- **Trouvez-vous utile de donner un ordre au patient ?**

Relances : Le faites-vous ? Si oui : qu'est-ce que cela provoque chez le patient selon vous ? Si non : pourquoi ?

Retour d'expériences :

- **Qu'est ce qui a changé en termes de communication avec votre expérience ?**

- **Y a-t-il des choses à améliorer selon vous dans votre pratique en termes de communication ?**

Annexe 2 : Guide d'entretien final

Questions générales

- **Pouvez-vous me donner votre âge ?**

- **Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale en libéral ?**

- **En quelques mots, qu'est-ce qui vous plaît dans le métier de médecin généraliste ? Et qu'est-ce qui ne vous plaît pas ou moins ?**

- **Avez-vous été formé à la communication pendant vos études de médecine ?**

Relances : Si oui, de quelle manière ? Quel format ? Et par la suite, où en dehors ?

- **Qu'est-ce que l'empathie représente pour vous ?**

Relances : que pensez-vous de l'empathie ? Quelle vision en avez-vous ? est-ce important pour vous ?

Le changement :

- **Selon vous, qu'est-ce qui est important pour accompagner un patient à changer un comportement ?**

Relances : Avez-vous des outils particuliers ? Une manière particulière de faire ou de dire les choses pour favoriser le changement ?

Je vous donne un exemple de situation : votre patient sort d'hospitalisation à la suite d'un infarctus du myocarde et il vous dit qu'il souhaite arrêter le tabac mais qu'il est trop stressé pour cela (ou il a peur de grossir ou autre exemple) et puis il a déjà essayé dans le passé mais sans succès.

- **Spontanément, que faites-vous face à ce patient (ambivalent) ?**

Relances : Votre patient souhaite quelque chose mais…
Qu'est-ce que vous lui dites ou non ? Quelle est votre attitude ? Êtes-vous à l'aise ? Que voulez-vous provoquer chez lui ?

Lors de la consultation suivante, votre patient n'a toujours pas changé son comportement.

- **Selon vous pourquoi son comportement ne change pas ?**

Relances : Qu'est-ce qui peut faire qu'un patient change ou ne change pas son comportement ? Cela dépend uniquement du patient ou de son environnement ? De quoi d'autre ?

- **En quoi notre manière de communiquer pourrait avoir un impact sur le processus de changement d'un patient ?**

Relances : Qu'est ce qui pourrait avoir un impact positif ou au contraire négatif sur le processus de changement d'un patient dans notre manière de communiquer ?

- **Que ressentez-vous devant ce patient qui ne change pas ?**

Relance : Quels sont vos sentiments suite à ces consultations ?

Un autre exemple : Dr X a pour habitude de raconter à ses patients qui souhaitent arrêter de fumer, comment lui-même a réussi à se débarrasser du tabac.

- **Que pensez-vous de dire cela au patient ?**

Relances : Que pensez-vous de parler de vous-même ou votre expérience personnelle ? Pourquoi ? Qu'est-ce que vous pensez apporter au patient ?

- **Cherchez-vous à argumenter vos propos auprès du patient ?**

Relance : Pourquoi ?

Dr X voit ensuite en consultation Mr D, un patient diabétique dont l'Hba1C ne fait que de grimper dû à une mauvaise observance des traitements et des mesures hygiéno-diététiques. Il l'averti que si le chiffre n'est pas descendu au prochain renouvellement il le mettra sous piqures d'insuline matin, midi et soir, et qu'il faudra aussi faire les piqures au bout du doigt plusieurs fois par jours.

- **Que pensez-vous de dire cela au patient ?**

Relance : Pourquoi ? Qu'est-ce que cela provoque chez le patient selon vous ?

- **Qu'est-ce que vous pensez d'utiliser le ton de l'humour ?**

Relances : Le faites-vous ? Est-ce dirigé sur le patient ou sur vous-même ? Pourquoi ?

Retour d'expérience :

- **Avec votre expérience qu'est-ce qui a changé dans votre façon de communiquer ?**

- **Que souhaitez-vous améliorer ?**

Annexe 3 : Aspect éthique

Le 19/10/2021 10:12, GUYETANT SOPHIE <sophie.guyetant@chu-tours.fr> a écrit :

J'ai bien reçu votre document et vous en remercie.

Si vous vous engagez à détruire vos entretiens, une fois l'étude terminée, ainsi que l'éventuelle liste de correspondance entre le n° de chaque entretien et l'identité du médecin, votre questionnaire étant par ailleurs complétement anonyme, sans donnée personnelle permettant de remonter à l'identité des personnes, la déclaration à la CNIL n'est pas nécessaire.

Vous êtes donc en règle avec la CNIL et pouvez débuter votre étude dès à présent.

Bon courage pour sa réalisation.

Bien cordialement

Dr Sophie Guyétant
Coordinatrice de la cellule "Recherches Non Interventionnelles"
Direction de la Recherche et de l'Innovation
Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) Centre Val de Loire

Vu, les Directeurs de Thèse

Dr Anne DANSOU

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

Léa JEUDI

75 pages – 1 tableau – 6 figures – 3 annexes

Accompagner le changement de comportement en santé des patients : Exploration des pratiques et représentations d'un panel de 14 médecins généralistes d'Indre et Loire.

Résumé :

Introduction : L'accompagnement dans un changement de comportement en santé fait partie des rôles du médecin généraliste, dans une intention de promouvoir la santé des patients. Le changement est le fait de passer, via de multiples étapes, d'un état à un autre. L'ambivalence du patient pour un changement est inconfortable, lui faisant préférer le statut quo. C'est la résolution de cette ambivalence qui est la clé pour engager un changement. L'objectif de cette étude est d'explorer les pratiques et les représentations des médecins généralistes dans l'accompagnement au changement de comportement en santé des patients.

Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 14 médecins généralistes d'Indre et Loire. Une analyse inspirée de la théorisation ancrée a été menée jusqu'à saturation des données.

Résultats : Les médecins généralistes décrivaient l'importance et l'influence de leur savoir-être, de leur savoir-faire et de leur humanité propre dans l'accompagnement au changement en santé des patients. Certaines pratiques et représentations étaient claires dans l'esprit des médecins généralistes quant à leurs intérêts ou non dans l'accompagnement, alors que d'autres engendraient des divergences de point de vue. Également, sans en avoir conscience, les médecins pouvaient faire émerger des résistances au changement chez les patients.

Conclusion : Cette thèse montre l'influence du savoir-être, du savoir-faire et de l'humanité propre des médecins généralistes pour l'accompagnement au changement en santé des patients. Elle montre également la potentielle responsabilité du médecin quant à l'émergence de facteurs de résistance chez le patient, qui peut donc conduire à l'échec de l'accompagnement. L'entretien motivationnel propose des clés pour un accompagnement satisfaisant pour tous, médecins comme patients.

Mots-clés : changement, accompagnement, médecins généralistes, entretien motivationnel

Jury :

Président du Jury :	Professeur Nicolas BALLON
Directrice de thèse :	Docteur Anne DANSOU
Membres du Jury :	Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE
	Docteur Vanessa BARBOSA

Date de soutenance : 27 juin 2023