

TITRE DE LA THESE :

INTERET PERSONNEL POUR LE MEDECIN GENERALISTE A LA FORMATION ET A LA PRATIQUE DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

RESUME :

La relation médecin patient a évolué. Un nouveau style de communication est à la disposition des praticiens: l'entretien motivationnel. Son utilité est aujourd'hui une évidence, et son efficacité largement démontrée.

L'objectif de notre étude était de voir ce que l'entretien motivationnel pouvait apporter au médecin généraliste lui-même.

Nous avons réalisé une enquête qualitative pour évaluer le ressenti des médecins pratiquant l'entretien motivationnel. Un questionnaire a été diffusé par internet à des médecins déjà formés et pratiquant régulièrement l'entretien motivationnel. Le logiciel *In Vivo* et la participation d'une psychologue ont permis de corroborer les résultats.

Il en ressort que l'utilisation de l'entretien motivationnel est bénéfique pour le médecin qui l'utilise. Son utilisation, une fois le praticien bien formé et entraîné, n'est pas chronophage et entraîne un changement d'état d'esprit, dont découle un bouleversement positif de la relation médecin-patient, et souvent, des répercussions dans la vie extra-professionnelle. Ces changements sont plus marqués chez les médecins les mieux formés et pratiquant depuis le plus longtemps. Pour ces derniers aucun point négatif n'a été signalé quant à l'utilisation de l'entretien motivationnel. La quasi-totalité des sondés exprime à quel point la pratique de l'entretien motivationnel a bouleversé leur pratique quotidienne en redonnant un élan positif à leur activité professionnelle, en trouvant sérénité et épanouissement.

De tels bénéfices amènent à réfléchir; plus qu'une simple sensibilisation, comment pourrait-on envisager une véritable formation pratique à l'entretien motivationnel au cours du cursus universitaire?

MOTS CLES :

Entretiens motivationnels, Relations médecin-patient,
Médecins généralistes--Formation

UNIVERSITE de CAEN

FACULTE de MEDECINE

Année 2013

N°

THESE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le :

par

Madame Charlotte ALAM SOLTY

Née le 23 Février 1974 à Lille (Nord)

TITRE DE LA THESE

**INTERET PERSONNEL POUR LE MEDECIN GENERALISTE
A LA FORMATION ET A LA PRATIQUE
DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL**

Président :

Monsieur le Professeur LUET Jacques

Membres :

Madame le Professeur PIQUET Marie-Astrid

Monsieur le Docteur ROBERT Jean-Charles

Monsieur le Docteur HERFROY Jean-Yves, Directeur de thèse

UNIVERSITE DE CAEN

FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2012 - 2013

Doyen

Professeur J.L.GERARD

Assesseurs

Professeur D.AGOSTINI

Professeur P.DELAMILLIEURE

Professeur G.DEFER

Secrétaire Générale

Madame V.LEFILLIATRE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES -PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AGOSTINI Denis	Biophysique et Médecine nucléaire
M. ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M. BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M. BALEYTE Jean-Marc	Pédopsychiatre
M. BENATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale
M. BENSADOUN Henri	Urologie
M. BIENVENU Boris	Médecine interne
M. BOUVARD Gérard	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M BROUARD Jacques	Pédiatrie
M. BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mle CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme CLIN-GODART Bénédicte	Médecine et santé au travail
M. COMPERE Jean-François	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
M. COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M. COURTHEOUX Patrick	Radiologie et imagerie médicale
M. DAO Manh Thong	Hépatogastro-Entérologie
M. DEFER Gilles	Neurologie
M. DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M. DENISE Pierre	Physiologie
M. DERLON Jean-Michel (en surnombre)	Neurochirurgie
Mme DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M. DREYFUS Michel	Gynécologie-Obstétrique
M. DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale

Mme EMERY Evelyne
M. ESMAIL-BEYGUI Farzin
M. FELLAHI Jean-Luc
Mme GALATEAU-SALLE Françoise
M. GERARD Jean-Louis
M. GUILLAMO Jean-Sébastien
M. GUILLOIS Bernard
M. HABRAND Jean-Louis
M. HAMON Martial
Mme HAMON Michèle
M. HANOUIZ Jean-Luc
M. HERLICOVIEZ Michel
M. HERON Jean-François
 (en surnombre)
M. HULET Christophe
M. HURAUULT de LIGNY Bruno
M. ICART Philippe
Mme JOLLY-LOBBEDEZ Florence
Mme KOTTLER Marie-Laure
M. LAUNOY Guy
M. LE COUTOUR Xavier
Mme LEMAUFF Brigitte
M. LEROY François
M. MALLET Jean-François
M. MANRIQUE Alain
M. MARCELLI Christian A
M. MAUREL Jean
M. MILLIEZ Paul
M. MOREAU Sylvain
M. MOURIAUX Frédéric
M. NORMAND Hervé
M. PELAGE Jean-Pierre
Mme PIQUET Marie-Astrid
M. RAVASSE Philippe
M. REIMUND Jean-Marie
M. REZNIK Yves
M. ROUPIE Eric
M. RYCKELYNCK Jean-Philippe
M. TROUSSARD Xavier
Mme VABRET Astrid
M. VERDON Renaud
Mme VERNEUIL Laurence
M. VIADER Fausto
M. VIELPEAU Claude (en surnombre)
Mme ZALCMAN Emmanuèle
M. ZALCMAN Gérard

Neurologie

M. GROLLIER Gilles

Neurochirurgie
 Cardiologie
 Anesthésiologie et Réanimation
 Anatomie Pathologique
 Anesthésiologie et Réanimation
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Cancérologie option radiothérapie
 Cardiologie
 Radiologie et imagerie médicale
 Anesthésiologie et Réanimation
 Gynécologie-Obstétrique
 Cancérologie

 Chirurgie orthopédique et traumatologie
 Néphrologie
 Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 Cancérologie
 Biochimie et Biologie Moléculaire
 Epidémiol., Eco. de la santé et prévention
 Epidémiol., Eco. de la santé et prévention
 Immunologie
 Rééducation fonctionnelle
 Chirurgie infantile
 Biophysique et Médecine nucléaire
 Rhumatologie
 Chirurgie Générale
 Cardiologie
 Anatomie/ Oto-Rhino-Laryngologie
 Ophtalmologie
 Physiologie
 Radiologie et imagerie médicale
 Nutrition
 Chirurgie Infantile
 Hépatogastro-Entérologie
 Endocrinologie
 Thérapeutique
 Néphrologie
 Hématologie
 Bactériologie-Virologie
 Maladies infectieuses
 Dermatologie
 Neurologie
 Chirurgie orthopédique et traumatologie
 Anatomie et cytologie pathologique
 Pneumologie

UNIVERSITE DE CAEN

FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2012 - 2013

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M. LUET Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

Mme AULANIER-VINCENT Sylvie Médecine Générale

Mme SAMUELSON Marianne Médecine Générale

PRAG

Mme LELEU Solveig

UNIVERSITE DE CAEN

FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2012 - 2013

MAÎTRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme BENHAIM Annie	Bactériologie-Virologie
M. BERGER Ludovic	Physiologie
M. BESNARD Stéphane	Epidémiol., Eco. de la santé et prévention
M. CATTOIR Vincent	Génétique
M. COULBAULT Laurent	Anatomie
M. CREVEUIL Christian	Histologie, Embryologie, cytogénétique
Mme DEBOUT Claire	Pharmacologie fondamentale
Mme DEBRUYNE Danièle	Génétique
Mme DERLON-BOREL Annie	Cytologie et Histologie
Mme DINA Julia	Biologie cellulaire
M. ETARD Olivier	Biostatistiques, Infor. Médicale et Tch. de Com.
Mme GUITTET-BAUD Lydia	Physiologie
M. GRUCHY Nicolas	Biologie du Développement et Reproduction
M. HITIER Martin	Réanimation
M. LANDEMORE Gérard	Immunologie
Mme LELONG-BOULOUARD Véronique	Bactériologie-Virologie
Mme LEPORRIER Nathalie	
Mme LEVALLET Guénaëlle	
M. MITTRE Hervé	
M. PARIENTI Jean-Jacques	
M. SESBOUE Bruno	
Mme SZERMAN-POISSON Ethel	
M. TERZI Nicolas	
M. TOUTIRAIS Olivier	
M. VERGNAUD Michel	

Biologie Cellulaire
Chirurgie vasculaire
Physiologie
Bactériologie-Virologie
Biochimie et Biologie Moléculaire
Informatique Médicale
Histologie, Embryologie, cytogénétique
Pharmacologie fondamentale
Hématologie

MAÎTRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M. ROBERT Jean-Charles

Médecine Générale (Villers sur Mer)

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine de Caen, le Professeur Jean-Louis Gerard. Tous mes remerciements à vous, qui avez accepté la reprise de mon internat de médecine générale après une coupure d'une dizaine d'années. Je vous remercie sincèrement d'avoir bien voulu me faire confiance.

Je remercie également les membres du jury qui ont accepté de juger mon travail et d'être présents aujourd'hui.

À Monsieur le Professeur Jacques Luet :

Merci d'avoir accepté de présider ce jury et merci pour vos précieux conseils tout au long de ces semestres dans votre département de médecine générale.

À Madame le Professeur Marie-Astrid Piquet :

Merci à vous qui me faite l'honneur d'être présente dans ce jury.

Au Docteur Jean-Charles Robert, maître de conférences :

Merci pour le partage de vos connaissances, pour m'avoir redonné espoir tout au long de ce projet de thèse. Je garderai un bon souvenir des échanges lors des matinées de GAAP.

Au Docteur Jean-Yves Herfroy, qui a accepté d'être mon directeur de thèse :

Un grand merci à toi Jean-Yves, sans qui ce projet n'aurait pu exister. On ne peut qu'apprécier ta gentillesse, ton professionnalisme et ta disponibilité. Je suis fière d'avoir connu l'entretien motivationnel par ton biais et j'espère avoir été une bonne élève.

Merci d'avoir partagé ouvertement tes connaissances lors de mon semestre chez toi, de m'avoir fait grandir et redonner confiance.

À l'AFDEM qui m'a permis de réaliser ce travail. Je souhaite adresser toute ma reconnaissance à Emeric Languérand pour son soutien et son aide, ainsi qu'à Arnaud Robin.

À Laila Benzarha, psychologue, qui a accepté de participer en partie à ce travail.

Je tenais aussi à remercier les médecins que j'ai croisés lors de ma formation ; merci pour vos enseignements et la confiance que vous m'avez accordée. C'est avec un grand plaisir que j'ai partagé ces moments avec vous.

*J'ai tout d'abord une pensée lointaine pour le **Professeur Ducloux**, et le **Dr Antoine Deschildre du CHU de Lille**. C'est avec respect que je vous témoigne toute mon admiration ; je n'ai rien manqué de vos enseignements cliniques et j'ai appris beaucoup avec vous.*

*Au **Dr Mathieu Dutaret** et au **Dr Serge François** qui ont accepté de partager leur connaissance, leur manière de gérer la patientèle. Merci encore pour votre accueil et votre gentillesse.*

*Au **Docteur Marie-Véronique Mourtada**, je te suis reconnaissante pour ces six mois passés dans ton service. J'essaierai de m'inspirer de « ta force de travail », de ta gentillesse et de ton équité. Ton équipe et toi ont réussi à me faire aimer les urgences !*

*Au **Docteur Jacques Guéry**, au **Dr Ronan Guiomar**, au **docteur Emilie Chaplain**, quel plaisir j'ai eu à travailler avec vous !*

*Au **Docteur Jean-Yves Goudal**, que j'ai vu intervenir aux urgences ; j'ai appris énormément en vous regardant exercer.*

*J'ai également une pensée pour le **Dr Samouh Elfadel**, le **Dr Yohan Prevel** et le **Dr Houssam Farghal** qui m'ont encouragée à reprendre mes études de médecine et redonnée confiance.*

À tous les infirmiers, aides-soins et/ou brancardiers, aux secrétaires qui m'ont toujours réservé un accueil chaleureux et des pauses café appréciables.

À mes co-internes, auxquels j'ai pu me confier, qui m'ont rassurée et surtout fait rire ! Je pense en particulier à Hélène, Agathe, Paul, Dany...

À toute les équipes des CMS d'Avranches, Saint Hilaire, Granville et Saint-Lô.

Je tiens également à remercier chaleureusement mes proches.

À mes parents, qui m'ont toujours soutenue dans mes choix. Merci d'avoir attendu toutes ces années et d'être là aujourd'hui. À Papa, pour m'avoir fait découvrir les lits de la gériatrie avant les bancs de l'école ; je me souviens de l'internat et des fleurs du jardin de Swynghedauw...

À Claire-Lise, tu es toujours là pour m'aider quand j'en ai besoin. Je te suis très reconnaissante pour l'aide et le soutien que tu m'as apportés durant ce travail. Tu as toute mon affection.

À Thomas, mon maître de conférences préféré, j'ose à peine te donner cette thèse à lire tant tu es brillant dans tes publications...

À Anne, Carmen, Jeannot pour vos encouragements.

Aux pompiers de Saint-Pois qui m'ont redonné le gout de l'effort, merci pour votre complicité. J'ai passé avec vous des moments qui resteront gravés dans ma mémoire.

Et enfin, merci à vous, ma belle petite famille,

À Stéphane, pour tes encouragements, ta patience, ta bienveillance et ta gestion de l'informatique ! Merci d'avoir rendu possible cette reprise d'activité.

À vous les enfants, qui donnez du sens à ma vie

À Chloé, ces deux dernières années se sont bien passées en grande partie grâce à ton soutien. Je suis fière de la jeune fille que tu es devenue et te souhaite toute la réussite possible pour la suite.

À Charlélie, qui veut désormais devenir médecin, tu as raison l'ophtalmologie est une voie prometteuse ! Merci pour ton affection.

À Églantine, pour son sourire, sa grâce, ses câlins et ses gâteaux !

À mes grands-parents,

À André, Michel et Geneviève, Ali,

À ma petite Inès,

j'aurai bien aimé vous avoir près de moi aujourd'hui et pense souvent à vous.

LISTE DES ABREVIATIONS

- AFDEM : Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel
- BECCI : Behavior Change Counseling Index
- DES : Diplôme d'Étude Spécialisée
- EM : Entretien Motivationnel
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HTA : Hypertension Artérielle
- HRQ : Helpful Reponse Questionnaire
- MITI : Motivational Interviewing Treatment Integrity
- MISC : Motivational Interviewing Skill Code
- P : Participant
- SFMG : Société Française de Médecine Générale
- SIDIIEF : Secrétariat International des Infirmières et des Infirmiers de l'Espace Francophone
- URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
- WONCA : World Organization of National Collèges, Académies and

LISTE DES FIGURES

	17
Figure 1: Répartition homme/femme.....	18
Figure 2: Age des participants.....	18
Figure 3: Milieu d'exercice des participants.....	19
Figure 4: Mode d'exercice des participants.....	19
Figure 5: Nombre moyen de patients vus par jour.....	20
Figure 6: Spécialité exercée par les participants.....	21
Figure 7: Ancienneté de la pratique de l'EM des participants.....	21
Figure 8: Niveau de formation à l'EM des participants.....	24
Figure 9: Place de l'utilisation de l'EM en fonction de la spécialité.....	24
Figure 10: Utilisation de l'EM en fonction de l'ancienneté de la pratique.....	26
Figure 11: Conséquence sur la durée des consultations et nombre de patients.....	26
Figure 12: Conséquence sur la durée des consultations et spécialité.....	27
Figure 13: Conséquence sur la durée des consultations et niveau de formation....	27

Figure 14: Conséquence sur la durée des consultations et ancienneté de la pratique de l'EM.....

LISTE DES TABLEAUX

Tableau1: Place occupée par l'EM lors des consultations.....	23
Tableau 2 : Influence de l'EM sur la durée des consultations.....	25
Tableau 3 : Influence de l'EM sur la relation médecin-patient et retentissement sur la vie professionnelle et personnelle.....	28
Tableau 4 : Évaluation personnelle du niveau en EM et formations envisageables.....	30
Tableau 5 : Préconisation pour diffusion de l'EM auprès des jeunes médecins.....	32

SOMMAIRE	1
	1
	3
1.INTRODUCTION	3
1.1 La médecine générale aujourd’hui	6
1.2 L’entretien motivationnel	7
1.2.1Utilité médecine générale.....	10
1.2.2 Historique.....	10
1.2.3 Définition.....	
1.3 La naissance du projet	11
1.4 La question de recherche et les hypothèses	11
	11
2. METHODOLOGIE	11
2.1 Choix de la méthode	12
2.2 Choix de l’échantillonnage	12
2.3 Élaboration du questionnaire	13
2.4 Étude de la faisabilité	13
2.5 Diffusion du questionnaire	14
2.6 Réception des réponses :	14
2.7 Analyse des données	15
	15
	16

2.7.1	Retranscription des données.....	
2.7.2	Codage des données.....	
2.7.3	Analyse à l'aide du logiciel <i>In Vivo</i>	
2.8	Interprétation des résultats.....	
2.9	Analyse faite par une psychologue.....	
		3. 17
RESULTATS.....		
		17
3.1	Présentation.....	
		17
3.2	Résultats des réponses aux questions fermées.....	
		17
		18
3.2.1	Sexe des médecins participants.....	
		18
3.2.2	Age des médecins participants.....	
		19
		19
3.2.3	Milieu d'exercice.....	
		20
		21
3.2.4	Mode d'exercice.....	
		21
		21
3.2.5	Nombre de patients vus en moyenne par jour.....	
		22
3.2.6	Spécialité exercée.....	
		22
3.2.7	Ancienneté de la pratique de l'EM.....	
		22
		23
3.2.8	Niveau de formation.....	
		23
		25
3.3	Analyse des réponses aux questions	
	ouvertes.....	
		28
		30
3.3.1	La découverte de	
	l'EM.....	
		32

3.3.2	Place occupée par l'EM dans les consultations.....	33
3.3.3	Influence de l'EM sur la durée des consultations.....	33
3.3.4	Influence de l'EM sur la relation médecins-patients et les éventuelles modifications engendrées, de façon positive ou négative dans la vie professionnelle ou personnelle des praticiens.....	33
3.3.5	Niveau en EM estimé par les praticiens.....	33
3.3.6	Diffusion de l'EM auprès des jeunes médecins.....	33
		34
		34
		35
		4.
	DISCUSSION	35
4.1	Les limites de la	36
	méthode	36
4.1.1	Les biais en rapport avec le recrutement.....	40
4.1.2	Les biais en rapport avec le mode de recueil des données.....	41
4.1.3	Les biais de l'étude.....	43
4.1.4	Questions posées lors de l'étude.....	44
4.2	Commentaires des résultats et confrontation aux données de la	
	littérature	46
4.2.1	La pratique de l'EM est-elle chronophage ?.....	47
4.2.2	La place de l'EM en consultation.....	
4.2.3	Le ressenti des médecins quant à l'utilisation de l'EM.....	
4.2.4	Les points négatifs à l'utilisation de l'EM.....	

4.2.5 Niveau et souhait de formation.....	
4.2.6 Préconisation pour la formation des jeunes médecins.....	
4.3 L'analyse de la psychologue	
4.4 Synthèse	
5. CONCLUSION	
BIBLIOGRAPHIE	
..	49
ANNEXES	52
Annexe 1 : Le questionnaire.....	53
Annexe 2 : Exemples de diagrammes d'associations d'idées.....	57
Annexe 3 : Le MITI	59

1. INTRODUCTION

1.1 La médecine générale aujourd'hui :

La conférence WONCA Europe, dans son traité de 2002 précise la définition de la médecine générale. Le médecin généraliste est amené à effectuer « *une prise en charge globale centrée sur le patient dans le temps et l'espace* ». Il doit savoir aussi bien gérer les pathologies aiguës, que les maladies chroniques, ainsi que les actes de prévention et la prise en charge de l'éducation thérapeutique. Les consultations doivent faire l'objet d'une relation médecin-patient privilégiée, de qualité. Le médecin généraliste doit communiquer de façon appropriée avec son patient et pour cela développer une écoute active et empathique ainsi que tenir compte de l'éthique tout en intégrant les principes d'autonomie, de respect et d'humanisme [1].

« Il y a des médecins pour soigner le cœur, des médecins pour soigner les dents, des médecins pour soigner le foie, mais qui soigne le malade ? »

Sacha GUITRY

Les écrits de Michael BALINT [2] sont aujourd'hui une évidence ; la relation médecin-patient n'est pas une équation à deux variables, mais plutôt à trois composantes, à savoir le médecin, le patient et la relation elle-même.

*« Quelle chimère est-ce donc l'homme ?
Quel sujet de contradictions, quel prodige !
Juge de toutes choses, imbécile ver de terre
Dépositaire du vrai, cloaque d'incertitudes
Gloire et rebus de l'univers.
Qui démêlera cet embrouillement ? »*

Blaise PASCAL

C'est au médecin généraliste [3] que revient de gérer à la fois la complexité bio-psycho sociale et la singularité de chaque individu.

Une prise en charge du patient dans le temps sous-entend le suivi des maladies chroniques. Contrairement à la prise en charge des pathologies aiguës, pour laquelle nous sommes très bien formés, la gestion des maladies chroniques nécessite une relation de partenariat avec le patient. Le plus souvent c'est une véritable négociation qui s'engage avec le malade, car les traitements peuvent devenir contraignants et n'ont pas l'effet miraculeux souvent escompté. Il faut alors faire face au découragement, à la démotivation du patient, pouvant amener une mauvaise observance thérapeutique. Le praticien doit-il alors remettre en cause sa pratique et chercher à développer de nouvelles stratégies en vue d'éviter les impasses relationnelles ?

Une prise en charge globale du patient dans l'espace signifie tenir compte de ses conditions de vie quotidienne, qui influencent nécessairement son état de santé : précarité, conditions de travail, rupture familiale et sociale, lieu géographique, culture et croyances religieuses [4].

La médecine préventive, enjeu de santé publique à long terme, est plus que jamais présente au sein de l'activité du médecin de famille. La part de la prévention est cependant difficile à évaluer dans l'activité du médecin généraliste [5], mais avoisinerait les 30 %. Une enquête de la Société Française de Médecine Générale¹ (SFMG) sur les motifs de consultation place en tête de liste l'HTA (13.68 %), puis les vaccinations (8.35 %). Au quatrième rang vient l'hyperlipidémie (6.13 %) et l'examen systématique en sixième position (4.24 %).

À noter de plus, que la prise en charge du diabète occupe 2.96 % des consultations des généralistes.

¹SFMG : *Annuaire statistique 94/95 de l'observatoire de Médecine Générale*,
www.sfm.org/data/generateur/generateur_fichier/.../fichier_drc527dc.pdf
(consulté le 26/06/2013).

Ainsi, il paraît nécessaire d'adapter nos pratiques à ces consultations spécifiques de prévention, devenue une mission permanente de l'omnipraticien.

Pour une meilleure prise en charge des actes de prévention et pour la gestion des maladies chroniques, le médecin tente d'obtenir du patient des modifications de son style de vie, passant par des changements de comportement. Dans ce cas, l'adhésion et la participation du patient sont indispensables.

Bien entendu le praticien dispose de ses connaissances théoriques et de son expérience pratique, en particulier de certaines aptitudes à la communication qu'il aura su développer. Depuis quelques années, le médecin généraliste peut également s'aider, pour tout ce qui concerne les changements de comportement, de l'entretien motivationnel (EM) [5]. L'EM est un outil modélisé de la relation médecin-patient, impliquant l'écoute, l'empathie et l'établissement d'une relation de partenariat centrée sur le patient.

1.2 L'entretien motivationnel :

1.2.1 Utilité en médecine générale :

L'HAS [6] juge l'EM « *particulièrement utile en médecine générale lorsqu'on veut aborder un changement de comportement influençant la santé (tabac, alcool, exercice physique, alimentation, prise de médicaments...).* Il se base sur l'hypothèse que la plupart des patients qui arrivent en consultation ne sont pas nécessairement prêts à changer ». L'approche motivationnelle permet d'assurer aux discussions une atmosphère plus détendue et positive, lors des consultations.

Selon l'HAS, l'EM propose des principes « *facilement applicables en médecine générale* ».

Une revue médicale indépendante [7] approuve l'utilisation de l'EM : « *une connaissance des pratiques est néanmoins utile à une démarche d'amélioration de sa pratique professionnelle, pour une relation patient-soignant de qualité* ».

Selon de récentes données prometteuses issues d'une méta-analyse, faite dans les suites d'une revue systématique de la littérature, sur la mise en œuvre de l'EM en prévention des facteurs de risques cardiovasculaires (73 articles avaient été sélectionnés à partir des bases de données SUDOC, BDSP, Elsevier, Cochrane et Medline), il apparaît que l'utilisation de l'EM est plus efficace que les conseils d'un praticien pour obtenir un changement de comportement [8].

En effet, fournir aux patients un grand nombre d'informations jugées utiles par les médecins, aboutit trop rarement à un changement de comportement des soignés². Au lieu d'essayer de convaincre, ne faut-il pas d'abord essayer de comprendre les attentes du patient ?

Classiquement les médecins, tout au long de leurs consultations, essaient donc, en expliquant et en argumentant de faire changer les patients ayant un comportement à risque. Certes, les patients écoutent, mais les praticiens ont l'impression que, trop souvent, les conseils ne sont pas entendus et restent sans effet sur les changements attendus.

² VANNOTI M *Comprendre ou faire comprendre ?*

Revue médicale Suisse [en ligne] 2008 ; 4 :1582

http://rms.medhyg.ch/article_p.php (consulté le 22/04/2013).

Une observation [9] a été faite par deux experts psychologues qui ont écouté des dizaines d'enregistrements d'entretiens avec des patients toxicomanes et alcooliques. Il en ressort qu'un petit nombre de patients parvient à un changement de comportement avec seulement quelques encouragements, alors que la grande

majorité s'interroge. Changer, apporterait effectivement une meilleure santé, mais cette pensée est contrebalancée par l'idée que ce changement n'est pas si important que cela, et les patients restent englués dans leurs ambivalences.

Les techniques habituelles traditionnelles, à savoir éduquer, conseiller, persuader sont souvent inefficaces pour entraîner des changements significatifs et durables chez les patients. Il s'agit de motivateurs extrinsèques qui sont beaucoup moins efficaces que la motivation intrinsèque. L'EM est une technique de communication structurée qui soutient et encourage les patients à parler de ce qui les motive à changer. Il ne s'agit pas d'une forme de psychothérapie. C'est un mode de communication qui aide les patients à résoudre leur ambivalence face à un comportement et à les accompagner vers le changement.

L'EM devient donc une aide précieuse quand il s'agit d'aider nos patients à changer de comportement.

L'HAS reprend : « *L'EM est donc à la fois un esprit et une pratique de l'entretien qui augmente, de façon bien démontrée, l'efficacité des pratiques de conseil, quelle que soit la nature du changement à opérer...* ».

1.2.2 Historique :

Les débuts de l'Entretien Motivationnel³ remontent à 1980.

Pour ce qui est de son inspiration, elle remonte peut-être au 17^{ème} siècle, quand Blaise PASCAL formulait dans Les Pensées :

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

Au départ le concept naît et se construit dans le domaine de l'alcoologie. (Les résultats obtenus par les traitements classiques étaient peu satisfaisants).

S'inspirant des approches psychosociologiques où l'on retrouve :

- la thérapie centrée sur la personne de Carl ROGERS [10],
- la balance décisionnelle de JANIS et MANN [11],
- le sentiment d'efficacité personnelle de BANDURA [12],
- la théorie de réactance de BREHM [13],

l'EM trouve ses marques.

William MILLER, psychologue américain et professeur émérite à l'Université du Nouveau-Mexique se rend en Norvège. Il présente un travail effectué en alcoologie (1982) et partage ses techniques d'entretiens, sa façon de gérer les patients alcoolo-dépendants avec différents confrères. Tous sont à l'écoute.

Devant ce succès, dès son retour au Nouveau-Mexique, il travaille au développement de ces nouvelles notions.

³ Revue Santé Mentale, N° 164 ; Janvier 2012 : pages 22-45

Cette nouvelle méthode de communication, centrée sur la personne se concrétise tout d'abord par un premier ouvrage en 2002 « *L'entretien motivationnel-Aider la personne à engager le changement* » [14], par William MILLER et Stephen

ROLLNICK, psychologue clinicien et professeur du département de médecine générale et de santé publique à l'Université de Cardiff.

Rejoint par Christopher BUTLER, professeur de médecine générale à l'université de Cardiff, ils font paraître un second ouvrage en 2009 « *Pratique de l'entretien motivationnel-Communiquer avec le patient en consultation* » [15].

Au départ très utilisé en alcoologie, puis en psychiatrie, essentiellement avec des patients psychotiques présentant des troubles cognitifs, l'EM s'étend désormais dans des domaines de plus en plus variés, dont l'adhésion aux traitements et les changements d'habitude de vie relative à la santé.

1.2.3 Définition :

Selon W. MILLER, c'est une méthode (ou un style) de conseil centrée sur la personne et dirigée vers un objectif pour résoudre l'ambivalence et promouvoir un changement positif en élaborant et renforçant la motivation personnelle au changement.

Puis en 2011, deux définitions se profilent⁴ : la première définit l'EM comme étant « *un mode de conversation basé sur la collaboration pour renforcer la motivation propre et l'engagement vers le changement* ».

La deuxième qui détermine « *un style de communication collaboratif orienté vers un but et qui porte une attention particulière au langage de changement, pour renforcer la motivation et l'engagement par l'exploration et l'évocation des arguments personnels en faveur du changement* ».

⁴AFDEM, *Formation de formateurs*, La Ferté Sont-Aubin, 25-28 octobre 2011

L'EM est un nouveau style relationnel, un mode de communication centré sur la personne. L'EM est avant tout une façon d'être avec les patients. Il utilise un ensemble de techniques faciles à apprendre mais représente bien plus qu'un

ensemble de techniques utiles à la conduite d'entretiens. L'EM est fait pour aider nos patients à construire leur motivation, indispensable pour réussir un changement de comportement [14].

L'EM est basé sur trois grandes approches fondamentales qui définissent son état d'esprit :

- la **collaboration** entre les deux intervenants : il n'y a pas un, mais deux experts; « *si le médecin est expert de la maladie, le patient est expert de lui-même* ».
- l'**évocation** : car c'est le patient lui-même qui détient les ressources et les motivations intrinsèques « *il ne s'agit plus de dire au patient ce qu'il doit faire* ». Les solutions doivent venir du patient [7].
- l'**autonomie** : le patient est libre de faire ou de ne pas faire, c'est à lui de décider. Nous devons respecter cette autonomie.

Afin de susciter un changement de comportement, l'EM s'appuie sur des principes tels que l'empathie, le développement de la divergence (plus la divergence entre les valeurs du patient et le comportement incriminé sera importante, plus le patient se retrouvera en dissonance cognitive, situation intolérable dans la durée. Pour faire diminuer cette dissonance, le patient devra modifier ou son comportement ou ses valeurs. Dans la plupart des cas c'est son comportement plutôt que ses valeurs qu'il modifiera car il est plus simple de renoncer à un comportement qu'à ses valeurs), la prise en compte de la résistance (plus le patient résiste, plus ses chances diminuent), et le travail sur le sentiment d'efficacité personnelle.

Pour conduire son entretien, le praticien adopte les outils suivants : l'utilisation de **questions ouvertes** qui favorisent l'élaboration ; la **valorisation**, qui renforce l'estime de soi et augmente la confiance dans le changement. La pratique d'une **écoute réflexive** qui favorise l'élaboration et permet de diriger l'entretien, et le **résumé** des propos énoncés. L'objectif de l'intervenant est de faire élaborer un maximum de *discours changement* au cours des entretiens.

Le *discours changement*, avantage du changement et inconvénient du statu quo, est recherché et suscité par les pratiquants de l'EM et peut se manifester par l'expression d'un désir, d'un besoin, de raisons et la capacité à réaliser ce

changement. Cela peut aussi être l'expression de premiers pas ou d'un engagement à faire ce changement.

C'est alors que la notion de directivité prend toute sa place dans l'entretien ; le soignant essaie de susciter le maximum de *discours changement* (plus le patient parle en faveur du changement, plus ses chances de changer augmentent).

Dans la littérature, sont également énoncés les principes de base :

- éviter le réflexe correcteur
- explorer et comprendre les motivations
- écouter le patient
- encourager le patient.

Au cours de l'entretien, nous pouvons déterminer quatre processus :

- créer l'alliance : construire la relation
- focaliser l'orientation stratégique vers le changement que l'on définit en collaboration avec le patient
- susciter l'évocation : faire parler le patient en faveur du changement
- planifier : le pont vers le changement.

Si nous nous permettons d'en revenir à l'essentiel, « *il est sage de commencer par comprendre les points de vue et les préférences des patients* ». L'objectif est de rechercher chez le patient ses motivations, et le guider vers un changement de comportement [15].

1.3 La naissance du projet :

L'idée de ce travail est née d'une observation de la pratique de médecins généralistes durant leurs consultations quotidiennes, lors de mon stage chez le praticien. L'un des médecins m'a positivement impressionnée par l'emploi d'un style non directif et la pratique de l'EM lors de la plupart de ses consultations.

Au fil des mois, la patientèle évoluait, avec des changements de comportement qui paraissaient évidents et facilement acquis. L'idée de travailler sur l'EM pour mon sujet de thèse est alors devenue une évidence.

1.4 La question de recherche et les hypothèses :

Divers organismes de formation proposent de former les médecins à l'EM. Cela implique de prendre le temps de se former, de s'entraîner, de pratiquer pour s'améliorer.

Se former à l'EM demande efforts et investissement personnels.

Outre l'effet positif de son utilisation en faveur du changement de comportement chez les patients, que peut apporter l'utilisation de l'EM au médecin généraliste ?

Les hypothèses de départ sont les suivantes :

-d'une part l'EM pourrait être utilisé par les médecins généralistes, car son utilisation serait sans incidence sur la durée des consultations.

-d'autre part, l'EM apporterait un bénéfice personnel au praticien.

2. METHODOLOGIE:

2.1 Choix de la méthode :

Le choix d'une méthode d'analyse qualitative a été faite afin d'étudier au mieux le ressenti des médecins pratiquant l'EM. Le but était de réaliser une approche compréhensive, de faire une démarche interprétative, indispensable pour traiter l'aspect relationnel des soins.

2.2 Choix de l'échantillonnage :

Pour récupérer un maximum de réponses, j'ai fait le choix de diffuser un questionnaire (annexe 1) dans toute la France auprès de médecins qui avaient déjà reçu une formation à l'entretien motivationnel d'approfondissement. À défaut, je voulais intégrer des médecins ayant une formation de base, mais qui pratiquaient l'EM dans leur exercice habituel.

Le but était de pouvoir obtenir le ressenti de médecins généralistes ayant une certaine connaissance théorique et surtout une approche pratique de l'EM.

2.3 Élaboration du questionnaire :

J'ai élaboré ce questionnaire sous la direction du Dr Jean-Yves HERFROY, médecin généraliste installé à Créances dans le département de la Manche, et formateur à la pratique de l'EM.

Le questionnaire se composait en premier lieu d'une partie introductive présentant le sujet de la thèse, puis de questions fermées, permettant de catégoriser notre échantillonnage. Ces précisions concernant les médecins ont permis d'affiner par la suite notre analyse. La seconde partie du questionnaire était composée de questions ouvertes, qui se devaient respecter l'esprit de l'EM.

2.4 Étude de la faisabilité :

Afin de vérifier la cohérence du projet, le questionnaire a été soumis pour avis à Emeric LANGUERAND, psychologue, psychothérapeute et président de l'AFDEM (Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel).

Un avis sur le projet, la méthode et le contenu du questionnaire a été demandé à ce spécialiste de l'EM.

Créée en 2003, l'AFDEM regroupe des professionnels de santé avides de promouvoir la diffusion de l'EM dans le monde francophone. L'AFDEM propose deux types de formations ; d'une part des formations dans les établissements et les institutions pour les équipes soignantes, d'autre part des enseignements dans leurs locaux en région parisienne, pour les personnes s'inscrivant individuellement.

J'ai choisi de faire ce travail avec cette association en raison tout d'abord de son implication manifeste dans de nombreuses formations pour les médecins francophones. Par ailleurs l'AFDEM est facile d'accès, que ce soit par le biais de leur site internet ⁵ ou encore par leur disponibilité par téléphone⁶.

Suite à une critique favorable du questionnaire, la diffusion de ce dernier a été envisagée.

2.5 Diffusion du questionnaire :

Depuis 2007, l'AFDEM a recensé 73 médecins formés à l'EM, dont 45 ont reçu une formation d'approfondissement, en plus de leur formation initiale.

L'AFDEM a accepté de diffuser par mails, de façon anonyme, le questionnaire à tous ces médecins.

Pour soutenir ma démarche et susciter davantage de réponses, le questionnaire était précédé d'un message explicatif de l'AFDEM :

⁵ <http://www.entretienmotivationnel.org/>

⁶ +33 (0)6 08 35 46 88

*« Nous vous écrivons aujourd'hui car vous avez effectué une formation à l'EM auprès de l'AFDEM, en qualité de Médecin. Par ailleurs, **Charlotte Solty**, étudiante en médecine générale, nous a contactés pour nous présenter son travail de thèse en doctorat de médecine générale. Elle étudie les **répercussions de la formation à***

l'EM sur la pratique des médecins généralistes. Dans le cadre de ce travail, Charlotte souhaite recueillir les témoignages de médecins formés à l'EM. Pour la soutenir dans ce travail de recherche intéressant, nous vous transférons aujourd'hui **le questionnaire** qu'elle adresse aux médecins qui se sont formés via notre association. »

[Répondre au questionnaire](#) (lien internet)

Le questionnaire a été élaboré sur *Google Documents*, puis relayé par le webmestre de l'association. Précédé du message introductif de l'AFDEM, il suffisait aux médecins de cliquer sur le lien ci-dessus pour être renvoyés directement sur le questionnaire.

2.6 Réception des réponses :

Toutes les réponses recueillies ont été horodatées et rangées dans une base de données. Cette dernière était directement disponible via *Google Documents*. En effet, dès que les médecins répondaient et validaient le questionnaire, les données étaient directement intégrées à la feuille de calcul du document de travail.

2.7 Analyse des données⁷ :

Pour plus de cohérence et de fiabilité, j'ai choisi de faire une triangulation du codage.

⁷ ANDREANI JC, CONCHON F, *Méthode d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing*.
<http://fr.scribd.com/doc/91291143/ANDREANI-CONCHON> (consulté le 16/03/2013).

2.7.1 Retranscription des données :

Dans un premier temps, j'ai retranscrit sur papier l'intégralité des réponses « brutes » de l'enquête, et relu à plusieurs reprises ces informations recueillies, pour une meilleure imprégnation du verbatim.

2.7.2 Codage des données :

J'ai choisi de réaliser un codage ouvert, la grille d'analyse étant composée de catégories d'analyse établies d'après les informations recueillies. Ce choix a été fait en essayant de conserver au mieux des valeurs qui me paraissaient indispensables, à savoir : homogénéité, exhaustivité, exclusivité, objectivité et pertinence [18].

Mon choix de l'unité de codage s'est porté sur l'unité sémantique, le but étant d'isoler « les idées clés ».

J'ai commencé par faire une analyse empirique, suivant une procédure en quatre étapes. En premier lieu, le stade analytique m'a permis d'étudier en profondeur les sous-catégories. Ensuite, le stade synthétique a mis en évidence les idées centrales et les catégories. Le stade explicatif a mis en relation les sous-catégories et les catégories entre-elles. Enfin, le stade d'évaluation a fait correspondre des « idées clés » et des facteurs qui les influencent.

Secondairement, j'ai fait une analyse lexicale simplifiée avec recherche de synonymes et de mots-clés. J'ai laissé de côté les mots outils lors de cette étape.

Dans un troisième temps, j'ai fait une analyse des mots fonctionnels, à la recherche des prises de position positives, des expressions d'intensité, d'un discours engagé, d'un discours négatif, d'un discours de faible engagement ou d'incertitude.

2.7.3 Analyse à l'aide du logiciel *In Vivo* :

L'utilisation d'un logiciel de traitement de texte a été choisie pour étayer l'analyse manuelle. Ce logiciel m'a aidé à gérer et à explorer mes données.

J'ai commencé par importer les données en intégrant la feuille de calcul récupérée sur *Google Documents*. Le logiciel *In Vivo*, a permis de stocker ces données et de sauvegarder les informations.

Ce logiciel a analysé les mots pleins et leur fréquence d'apparition. Il a permis de faire ressortir les mots formant des catégories, d'établir des relations entre elles et de produire des diagrammes d'associations d'idées (annexe 2).

Avec le logiciel, j'ai réalisé les différents graphiques pour la présentation des résultats. Avec les critères des différents participants (tels que l'âge, le sexe, le milieu ou mode d'exercice, le niveau de formation, l'ancienneté de la pratique de l'EM), les thèmes abordés par les praticiens et les mots pertinents les plus fréquents (ou synonymes), j'ai créé une structure de nœuds (un nœud est un groupe de données créé artificiellement, afin d'être comparés entre eux.). Les différents nœuds ont ensuite été mis en relation. Cela a permis de confirmer l'analyse manuelle, avec l'émergence de postulats, en fonction de chaque participant et de ses critères.

L'utilisation d'*In Vivo* a demandé un long apprentissage. Le traitement des données a été très chronophage et ne m'a pas apporté plus de résultats que l'analyse manuelle. Son utilisation aurait été plus pertinente dans le cas d'un corpus plus important à analyser.

2.8 Interprétation des résultats :

J'ai choisi de faire une interprétation factuelle des résultats. J'ai repris dans l'interprétation un commentaire de ces derniers, en fonction des questions posées par l'enquête. Les points de vue des médecins s'accorderont-ils ? Quelles ouvertures pour l'avenir ?

2.9 Analyse faite par une psychologue :

Laila BENZARHA, psychologue, diplômée de l'Université de Lille III et titulaire d'un master ayant pour intitulé : ***Psychologie clinique des interventions cognitives comportementales éducatives et sociales, spécialisée en thérapie émotionnelle cognitive et comportementale***, a accepté de porter un regard sur les réponses du questionnaire afin d'apporter son point de vue.

En premier lieu, nous avons repris les biais de l'étude.

Puis, Melle BENZARHA a étudié les réponses du questionnaire de façon indépendante, après une présentation du sujet et de la question de recherche. Son travail s'est effectué en deux temps ; tout d'abord Melle BENZARHA a apporté une analyse globale, puis a étudié plus précisément le ressenti des médecins pratiquant l'EM.

3. RESULTATS :

3.1 Présentation :

Suite à la diffusion de soixante-treize questionnaires par mail, dix-neuf réponses ont été renvoyées. Pour la description des résultats et pour une meilleure lisibilité, les participants ont été numérotés de 1 à 19 (P.1 à P.19).

3.2 Résultats des réponses aux questions fermées :

3.2.1 Sexe des médecins participants :

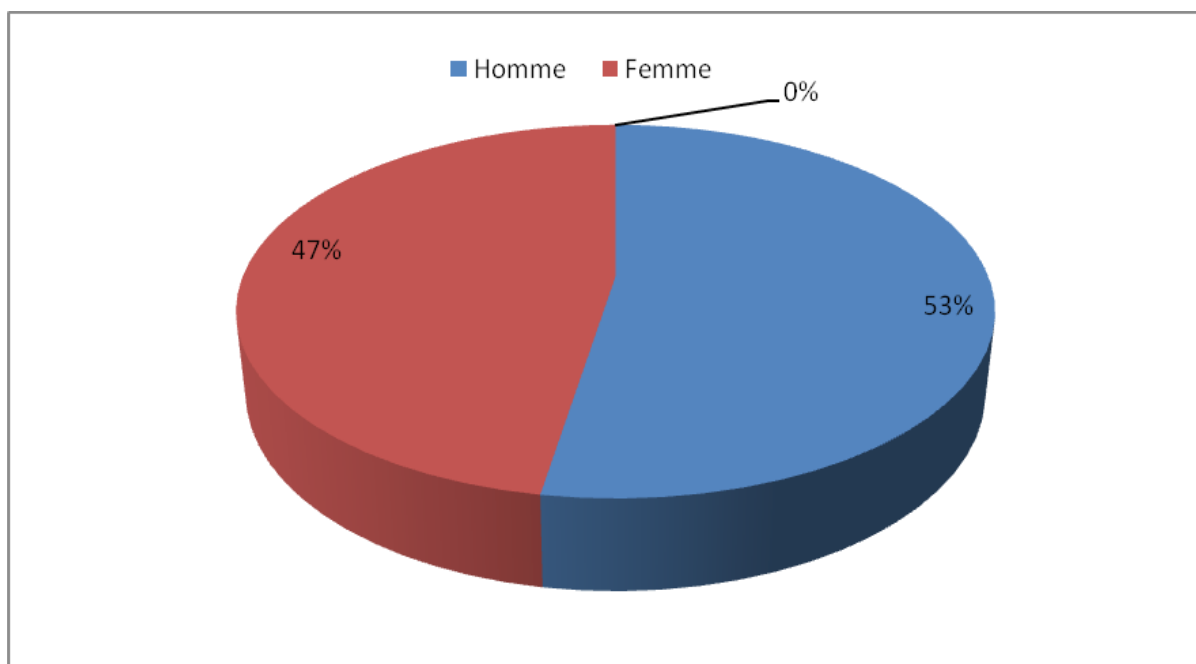


Figure 1: Répartition homme/femme

La parité semble respectée.
L'EM n'est pas plus présents chez les hommes que chez les femmes.

3.2.2 Âge des médecins participants :

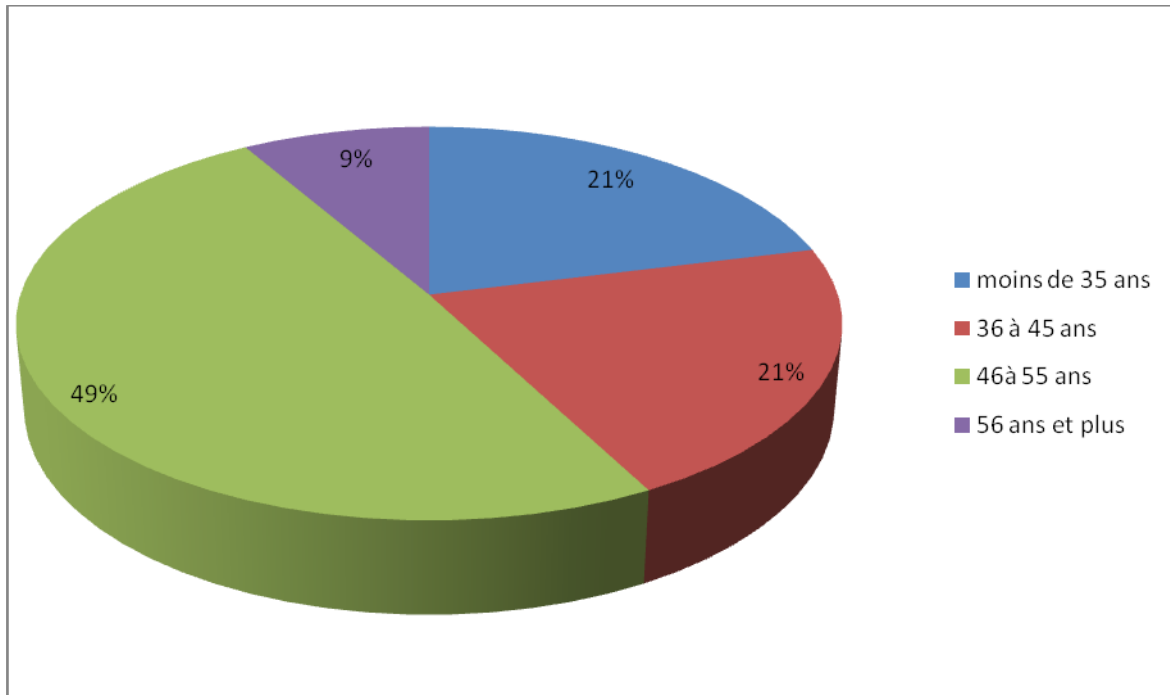


Figure 2 : Age des participants

On remarque que 49 % ont entre 46 et 55 ans.

3.2.3 Milieu d'exercice :

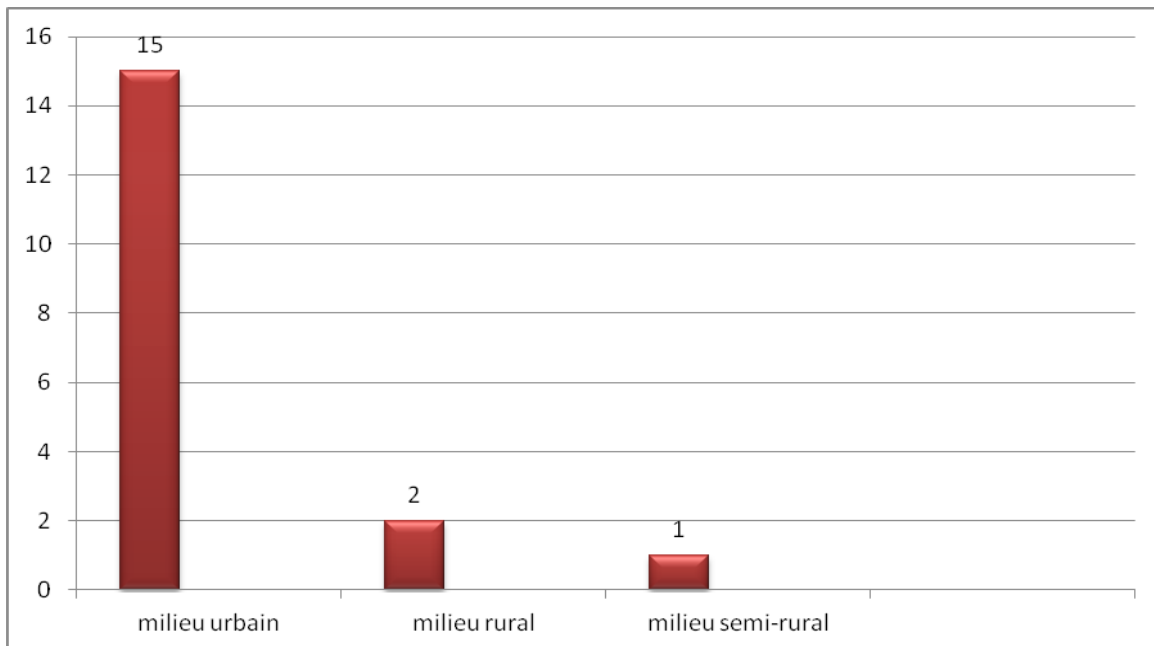


Figure 3 : Milieu d'exercice des participants

La plupart des médecins ayant répondu à l'enquête exercent en milieu urbain.

3.2.4 Mode d'exercice :

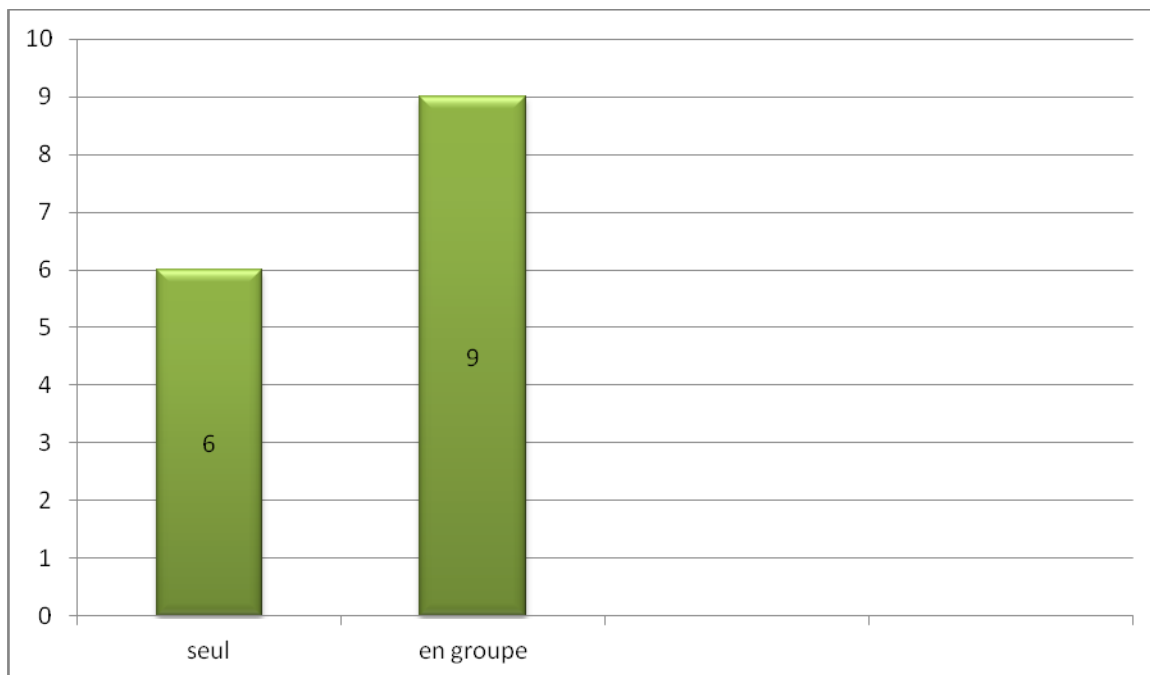


Figure 4 : Mode d'exercice des participants

3.2.5 Nombre de patients vus en moyenne par jour :

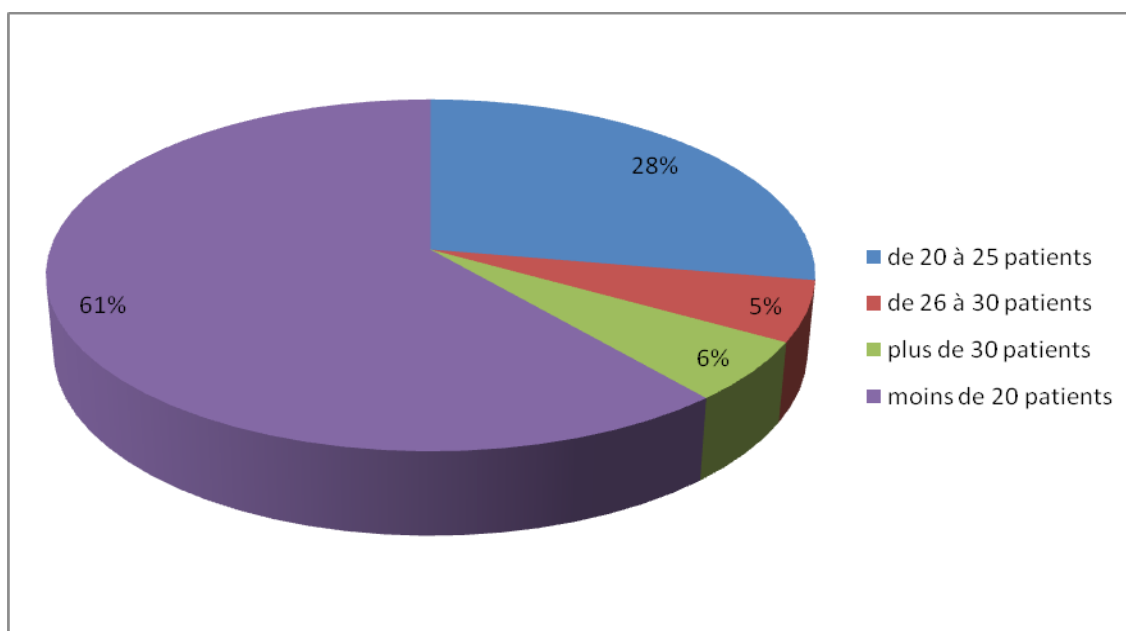


Figure 5 : Nombre moyen de patients vus par jour

Ce graphique permet de visualiser que 61 % des praticiens répondant voient moins de 20 patients par jour, 28 % entre 20 et 25 patients par jour. 11 % ont une consultation journalière dépassant 26 patients.

3.2.6 Spécialité exercée :

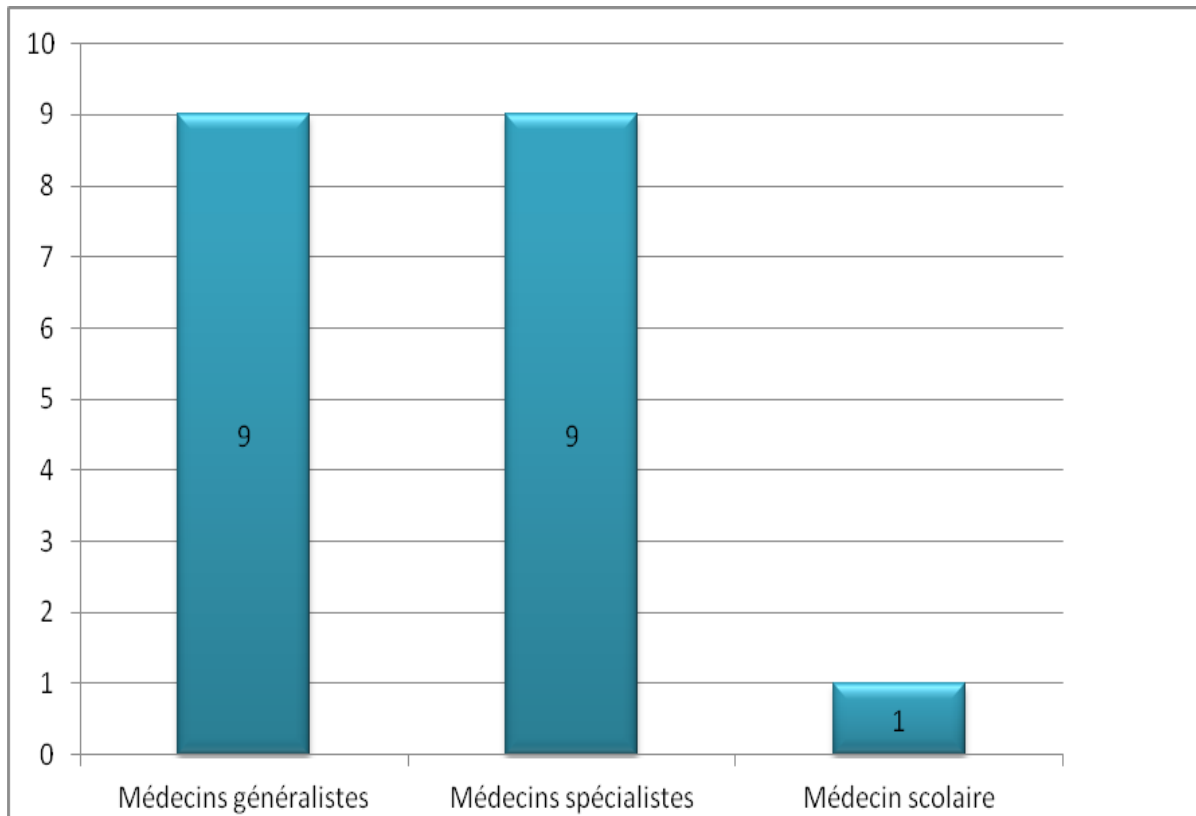


Figure 6 : Spécialité exercée par les participants

Parmi les médecins spécialistes, quatre d'entre eux sont des généralistes ayant fait une formation en addictologie ou en tabacologie, et deux d'entre eux sont médecins du travail ; pour les autres la spécialité n'est pas précisée.

3.2.7 Ancienneté de la pratique de l'EM :

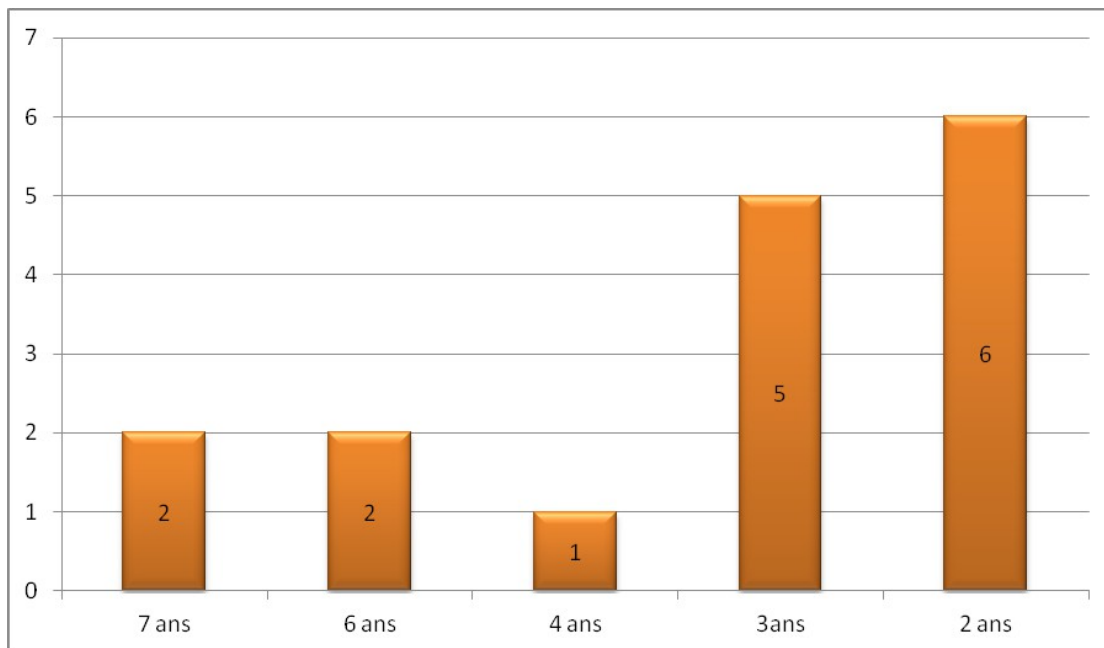


Figure 7 : Ancienneté de la pratique de l'EM des participants

59 % des médecins ont plus de trois ans de pratique de l'EM.

3.2.8 Niveau de formation :

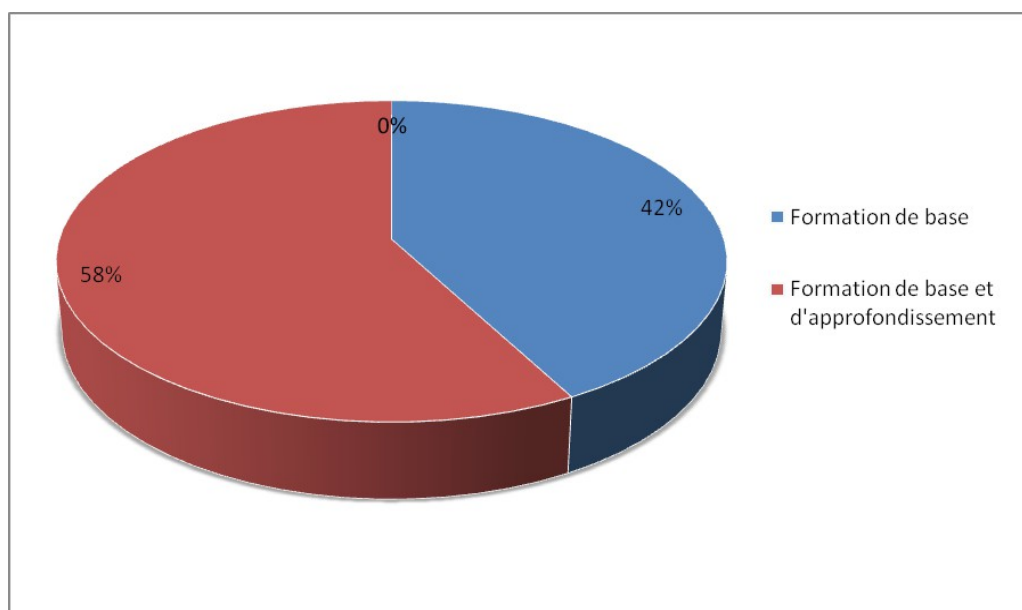


Figure 8 : Niveau de formation à l'EM des participants

58 % des pratiquants ont reçu une formation d'approfondissement, en complément de la formation de base.

3.3 Analyse des réponses aux questions ouvertes :

3.3.1 La découverte de l'EM :

Les dix-neuf participants ont répondu à cette question :

- six participants ont déclaré avoir connu l'EM lors d'un congrès d'alcoologie
- trois lors d'une formation de tabacologie
- un lors d'une formation proposée sur son lieu de travail
- un lors d'une formation sur l'éducation thérapeutique
- un lors d'une formation organisée par un laboratoire
- un lors d'une journée de « médecine générale »
- un lors d'une journée de « médecine du travail »
- un lors d'une journée organisée par le ministère de la santé de Montréal
- un lors d'un congrès sur l'approche psycho-sociale des comportements
- un par la littérature
- un par le « bouche-à-oreille »

3.3.2 Place occupée par l'EM dans les consultations :

Les dix-neuf participants ont répondu à la question.

Tableau 1 : Place occupée par l'EM lors des consultations :

La question posée	Les idées émises par les participants	Les citations des participants (exemples)
<p>Dans votre activité de médecin, quelle place l'EM occupe-t-il dans vos consultations ?</p>	<p>-l'EM est souvent utilisé, mais pas dans l'intégralité de la consultation</p> <p>-l'état d'esprit est utilisé en permanence</p> <p>-l'EM utilisé dans toutes les consultations</p> <p>-l'EM est peu utilisé</p>	<p>-P.11 « une place importante mais non exclusive » P.5 « une place importante...Il s'agit rarement de consultations 100 %EM » P.19 « plusieurs fois par jour mais à petite dose »</p> <p>-P.13 « l'EM est prégnante dans mon mode de communication » P.8 « c'est mon langage »</p> <p>-P.3 « toutes mes consultations utilisent l'EM »</p> <p>-P.16 « outil que j'utilise de façon ponctuelle »</p>

Pour le plus grand nombre des praticiens, l'esprit de l'EM est présent en permanence lorsqu'il s'agit de susciter un changement de comportement.

-63 % des participants déclarent utiliser l'EM dans la plupart de leurs consultations.

-16 % participants accordent peu de place à l'utilisation de l'EM dans leurs consultations.

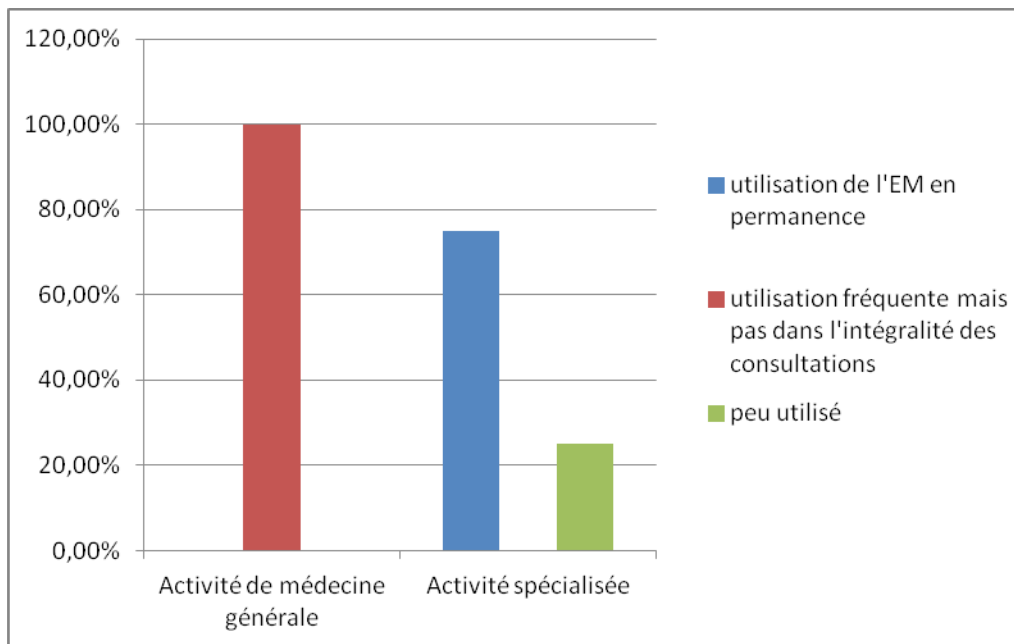


Figure 9 : Place de l'utilisation de l'EM en fonction de la spécialité

Les médecins généralistes utilisent fréquemment l'EM, mais pas dans l'intégralité de leur consultation.

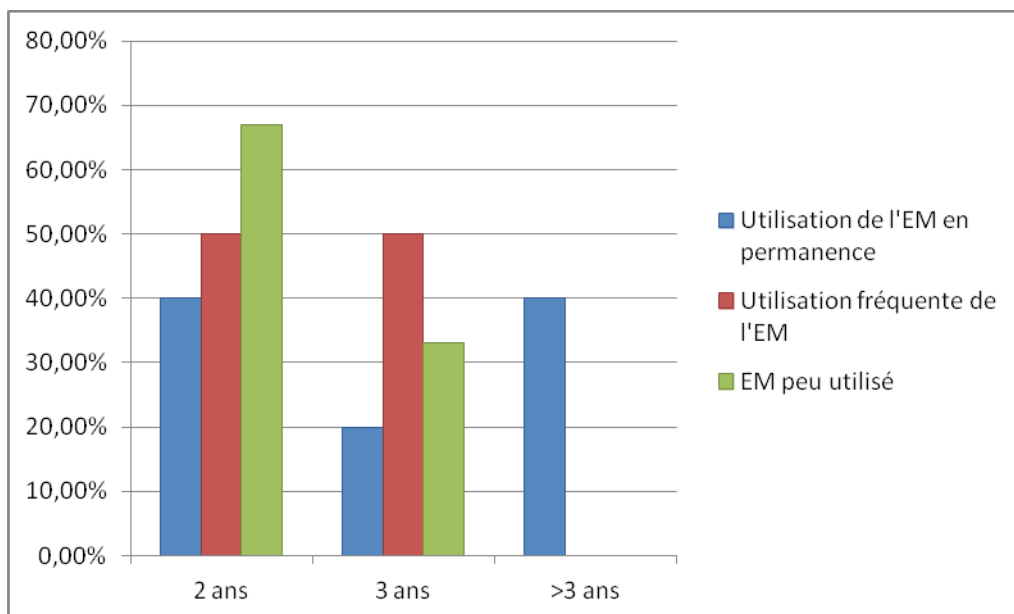


Figure 10 : Utilisation de l'EM en fonction de l'ancienneté de la pratique

On entend par utilisation fréquente, une utilisation dans la plupart des consultations, mais pas dans l'intégralité de ces dernières.

On remarque que la tendance s'inverse en fonction de l'ancienneté de la pratique; plus les médecins sont formés, plus ils utilisent l'entretien motivationnel.

3.3.3 Influence de l'EM sur la durée des consultations :

Dix-sept participants ont répondu à la question.

Tableau 2 : Influence de l'EM sur la durée des consultations.

La question posée	Les idées émises par les participants	Les citations des participants (exemples)
<p>Comment la pratique de l'EM influence-t-elle la durée de vos consultations ?</p>	<p>-durée des consultations diminuée</p> <p>-pas d'influence sur la durée des consultations</p> <p>-durée des consultations est fixée par le praticien</p> <p>-durée des consultations allongée</p> <p>-une première consultation plus longue puis consultation plus rapide par la suite</p>	<p>-P.2 « gain de temps »</p> <p>-P.3 « l'EM n'allonge pas forcément la consultation »</p> <p>-P.6 « il faut que le praticien apprenne à se limiter au temps qu'il a fixé à sa consultation »</p> <p>-P.8 « indiscutablement ça allonge la durée des consultations »</p> <p>-P.17« je me tiens à 15-20 minutes en suivi. Une heure le premier pour recueillir une analyse fonctionnelle et un début d'alliance thérapeutique. »</p>

Si nous considérons l'ensemble des réponses des participants, nous pouvons résumer ainsi :

- 41 % des participants pensent que l'utilisation de l'EM ne change en rien la durée des consultations.
- 23 % des participants pensent que l'utilisation de l'EM permet un gain de temps.
- 18 % disent que l'EM allonge la durée des consultations.
- 12 % suggèrent que le premier entretien est plus long, puis qu'ils gagnent du temps par la suite.
- 6 % estime que c'est au praticien de fixer la durée de la consultation.

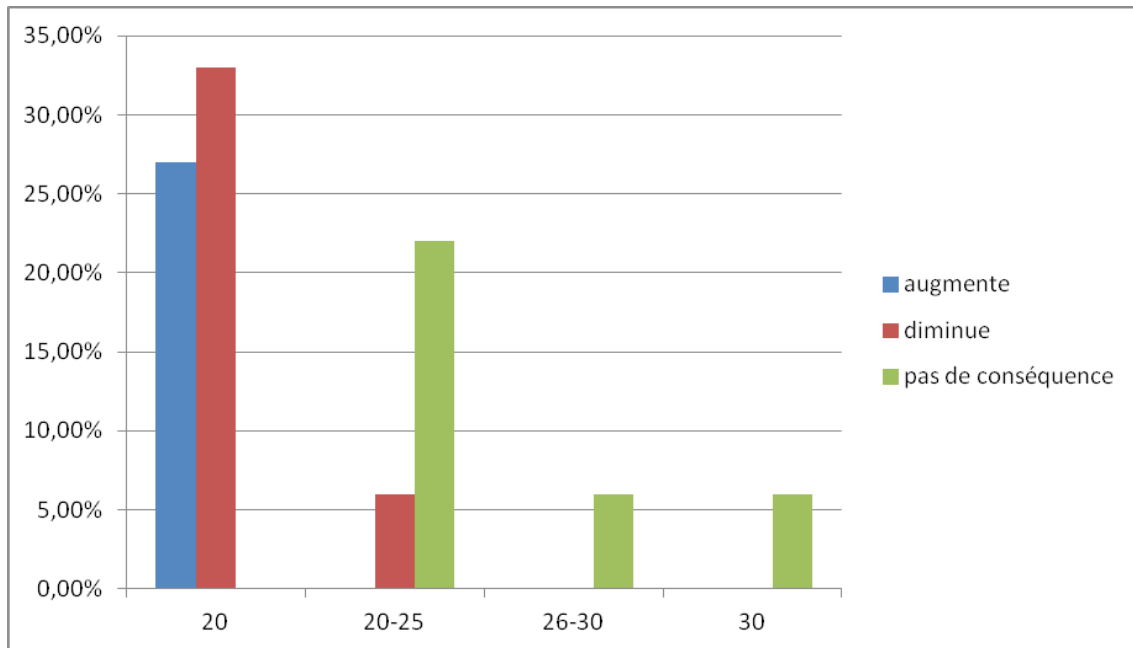


Figure 11 : Conséquence sur la durée des consultations et nombre de patients

Chez 33 % des médecins accueillant moins de 20 patients par jour, la durée des consultations a eu tendance à diminuer, tandis que 27 % ont vu la durée des consultations augmenter. À noter que les médecins voyant moins de 20 patients par jour sont tous des spécialistes.

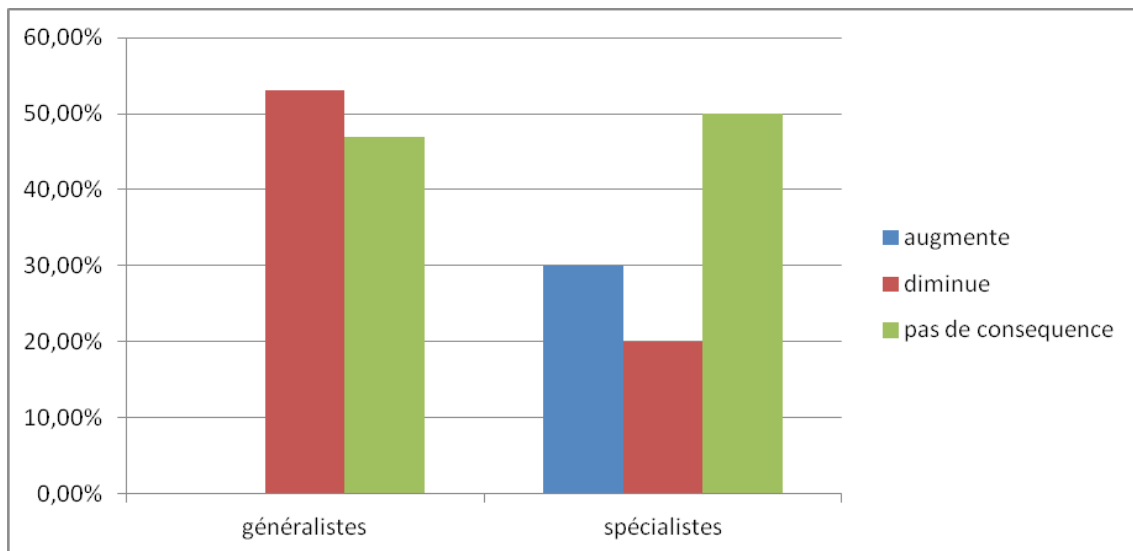


Figure 12 : conséquence sur la durée des consultations et la spécialité

Pour les médecins généralistes, l'EM diminue dans 60 % des cas la durée des consultations et dans 40 % des cas l'EM n'a pas d'influence sur la durée de la séance.

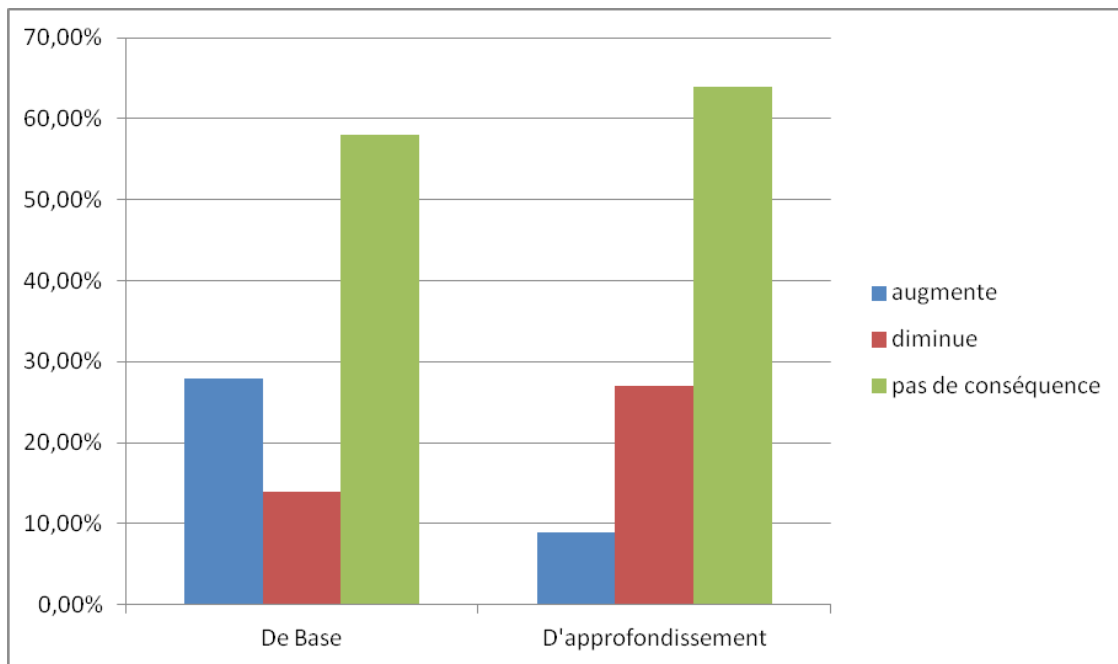


Figure 13 : Conséquence sur la durée des consultations et niveau de formation

Plus les praticiens sont formés, moins ils trouvent l'EM chronophage.

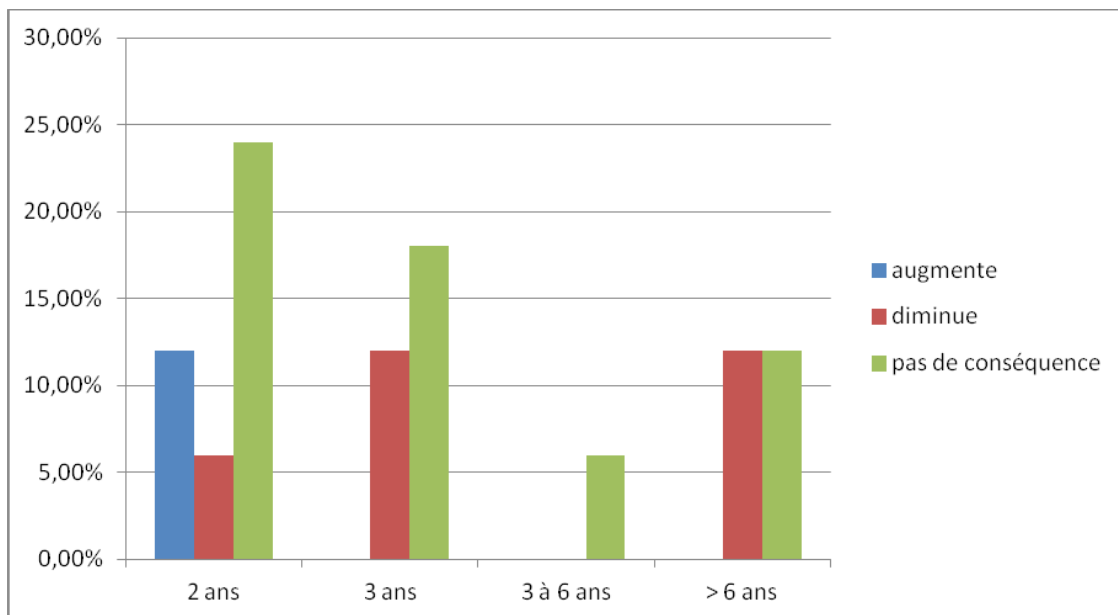


Figure 14 : Conséquence sur la durée des consultations et ancienneté de la pratique de l'EM

Seuls les néophytes trouvent que l'utilisation de l'EM allonge la durée des consultations.

3.3.4 Influence de l'EM sur la relation médecin-patient et les éventuelles modifications engendrées, de façon positive ou négative dans la vie professionnelle ou personnelle des praticiens :

Dix-huit praticiens ont répondu à la question.

Tableau3 : influence de l'EM sur la relation médecin-patient et retentissement sur la vie professionnelle et personnelle

La question posée	Les idées émises par les participants	Les citations des participants (exemples)
<p>Qu'est-ce que l'EM change dans la relation avec vos patients ?</p>	<p>-meilleure relation</p> <p>-plus de respect et d'autonomie pour le patient</p> <p>-satisfaction des patients</p> <p>-obtention de meilleurs résultats</p> <p>-meilleure écoute</p> <p>-changement de considération du patient</p> <p>-relation avec moins de conflits</p>	<p>-P.2 : « amélioration de la relation » P.5 : « amélioration de la qualité des entretiens »</p> <p>-P.1 : « respecter et renforcer l'autonomie du patient » P.12 : « je suis moins dans la critique et le jugement »</p> <p>-P.3 : « ils ressortent le plus souvent satisfait et le disent »</p> <p>-P.2 « amélioration du service rendu » P.7 : « les objectifs librement consentis par le patient sont plus vite atteints »</p> <p>-P.9 : « j'écoute beaucoup mieux mes patients »</p> <p>-P.1 : « collaboration horizontale » P.7 : « c'est un échange entre experts » P.11 : « le pouvoir se répartit mieux entre soignant/soigné »</p> <p>-P.11 : « l'EM aide à diminuer la résistance de manière beaucoup plus marquante qu'avec d'autres techniques »</p>

La question posée	Les idées émises par les participants	Les citations des participants (exemples)
<p>En quoi la pratique de l'EM a-t-elle modifié votre vie professionnelle ?</p>	<p>-satisfaction du praticien</p> <p>-diminution du sentiment d'impuissance</p> <p>-plus de sérénité chez le praticien</p> <p>-changement de style de communication</p>	<p>-P.1 : « se sentir bien entre sa pratique et son éthique » P. 2 : « gain d'énergie »</p> <p>-P.2 : « sentiment d'avoir été utile » P.7 : « c'est moins de déception personnelle » P.9 : « je me frustre bien moins souvent » P.17 : « plus de toute puissance donc plus d'impuissance »</p> <p>-P.9 : « j'ai abandonné cette obligation de résultats...je suis centré sur leurs préoccupations » P.4 : « sans me sentir menacé ou critiqué » P.19 : « cela enlève une part de stress et de culpabilité » P.17 : « très apaisant pour l'intervenant »</p> <p>-P.8 : « c'est mon langage » P.14 : « prégnant dans mon mode de communication »</p>
<p>En quoi la pratique de l'EM a-t-elle modifié votre vie personnelle ?</p>	<p>-une meilleure communication</p> <p>-peu ou pas introduit dans la vie personnelle</p>	<p>-P.9 : « une meilleure écoute de l'autre » P.19 : « avec les enfants dans la communication »</p> <p>-P.2 : « l'EM commence à pénétrer ma vie personnelle mais doucement » -P.5 : « je trouve gênant d'utiliser une technique professionnelle dans la vie privée »</p>
<p>Les points négatifs à l'utilisation de l'EM</p>	<p>-allonge la durée des consultations</p> <p>-utilisation non universelle</p> <p>-risque de focalisation sur les changements de comportement</p>	<p>-P.16 : « allongement du temps de consultation »</p> <p>-P.11 : « tous les patients ne peuvent bénéficier de l'EM »</p> <p>-P.11 : « à vouloir trop faire d'EM, il existe un risque de laisser tranquillement le patient se dégrader cliniquement »</p>

La plupart des idées émises sur la relation médecin-patient, et sur le ressenti des praticiens quant à la pratique de l'EM, sont retrouvées chez l'ensemble des participants.

Seuls 28 % des praticiens ont parlé du retentissement sur leur vie personnelle.

Seuls 11 % des praticiens ont rapporté des points négatifs.

3.3.5 Niveau en EM estimé par les praticiens :

Dix-huit praticiens ont répondu à la question.

Tableau 4 : Évaluation personnelle du niveau en EM et formations envisageables :

La question posée	Les idées émises par les participants	Les citations des participants (exemples)
Comment évaluez-vous votre niveau en EM ?	<ul style="list-style-type: none"> -bon niveau -en progression -niveau moyen -faible niveau 	<ul style="list-style-type: none"> -P.11 : « je pense avoir un bon niveau d'EM » -P.3 : « mon niveau me semble progresser » -P.6 : « moyen, perfectible » -P.10 : « niveau bas par manque de pratique »
Pour vous perfectionnez, quel type de formations vous semblerez judicieuse ?	<ul style="list-style-type: none"> -se former au MITI -pratiquer des enregistrements -présence d'observateur en consultation -pratiquer des jeux de rôles -devenir formateur -former des patients formateurs -groupe de pairs 	<ul style="list-style-type: none"> -P.8 : « j'aimerais faire la formation MITI dont on me dit le plus grand bien » -P.9 : « les réécoutes et les supervisions d'enregistrements me paraissent indispensables pour progresser » -P.3 : « présence d'un observateur formé et un débriefing après la consultation » -P.9 : « les jeux de rôles aussi » -P.11 : « un perfectionnement serait de faire soit la formation de formateur » -P.8 : « former et travailler avec des patients formateurs me semblent aussi une bonne voie » -P.2 : « groupe de pairs autour d'enregistrements de consultations »

En ce qui concerne leur niveau d'EM, les participants se répartissent en quatre catégories :

-28 % des praticiens déclarent avoir un bon niveau d'EM.

-22 % des participants avouent avoir un faible niveau.

-17 % des médecins estiment progresser régulièrement.

-11 % des praticiens pensent avoir un niveau moyen.

-les autres participants ne se sont pas prononcés.

En ce qui concerne les propositions de formation en vue de progresser, la plus grande partie des réponses a porté sur la réécoute d'enregistrements.

Devenir formateur et se former au MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity-annexe 3) arrivent en second plan.

3.3.6 Diffusion de l'EM auprès des jeunes médecins :

Dix-sept praticiens ont répondu à la question.

Tableau 5 : Préconisations pour diffusion de l'EM auprès des jeunes médecins

La question posée	Les idées émises par les participants	Les citations des participants (exemples)
<p>Que préconiserez-vous si vous deviez promouvoir la diffusion de l'EM auprès des jeunes médecins ?</p>	<p>-introduire l'EM dès le premier cycle d'étude de médecine</p> <p>-réévaluation et meilleure cotation des entretiens</p> <p>-introduire l'EM en DES de médecine générale, par biais des maîtres de stage</p> <p>-encourager la formation continue</p> <p>-à inclure dans un module plus général</p> <p>-développer de nouveaux outils</p>	<p>-P.4 : « enseigner la méthode aux étudiants du premier cycle »</p> <p>-P.1 : « pour que cette compétence soit rémunérée à sa juste valeur »</p> <p>-P.9 : « il serait intéressant que de nombreux maîtres de stage se forment à l'EM. »</p> <p>-P.7 : « formations médicales continues en plusieurs sessions »</p> <p>-P.11 : « sensibiliser sur la prise en charges des maladies chroniques »</p> <p>P.5 : « à inclure dans relation médecin-patient »</p> <p>-P.19 : « outils pratiques pour faire des interventions brèves »</p>

La majeure partie des praticiens proposent de sensibiliser les étudiants de médecine, essentiellement en troisième cycle.

L'un des participants pense qu'il faudrait faire connaître l'EM aux moins jeunes de ses confrères également : P.8 « pour former les médecins (et pas que les jeunes...) ».

4. DISCUSSION :

4.1 Les limites de la méthode :

4.1.1 Les biais en rapport avec le recrutement :

Pour une facilité de diffusion, et croyant initialement recueillir un plus grand nombre de réponses, j'ai fait le choix de travailler uniquement avec l'AFDEM. Il existe d'autres organismes de formation à l'EM, organismes que je n'ai pas contactés.

Par ailleurs, cette enquête a été réalisée avec un petit nombre de participants, parmi lesquels se trouvent neuf médecins généralistes. Les autres médecins sont des généralistes ayant fait secondairement une formation en addictologie ou en tabacologie, ou alors des spécialistes.

Malgré cet échantillonnage restreint, la lecture du corpus retrouve une récurrence des idées émises.

4.1.2 Les biais en rapport avec le mode de recueil des données :

Les questionnaires ont été diffusés par internet.

Malgré le recueil d'un verbatim pertinent, un entretien « en direct » aurait permis, d'une part des relances, et d'autre part le recueil de toute l'information non verbale. Les relances auraient sans doute amené plus de profondeur à la réflexion et renforcé les hypothèses de départ. Quant à l'expression non verbale, sa présence aurait donné plus d'intensité aux postulats.

Étant donné que je voulais recruter des médecins formés et pratiquant l'EM régulièrement, je souhaitais obtenir des réponses à l'échelle nationale. Force est de constater que rencontrer les médecins dans toute la France aurait posé des difficultés matérielles.

De plus, l'anonymat ne m'a pas permis de relancer les praticiens ni par mail ni par téléphone.

4.1.3 Les biais de l'étude :

Avec une enquête de ce type, on peut se poser la question de l'existence d'un biais de *désirabilité sociale*. Bien que le questionnaire soit anonyme, le professionnel peut être amené à répondre un nombre inférieur de patients reçus, afin de ne pas être jugé par ses confrères.

Aussi, un biais *d'attribution causale* peut être mis en évidence, c'est-à-dire que le professionnel s'attribue le changement du patient.

Enfin, un biais de *courtoisie* est envisageable ; les médecins auraient pu vouloir faire plaisir à l'AFDEM et à l'enquêteur, en répondant au questionnaire.

Je n'ai pas utilisé de *groupe contrôle*, estimant que l'échantillonnage constituait lui-même un *groupe contrôle* avec une pratique médicale, avant et après, l'utilisation de l'EM.

Enfin je n'ai pas utilisé d'échelle de mesure (pour estimer par exemple le niveau de frustration, de confiance en soi...) car la réponse aux questions se voulait être une expression libre, respectant l'état d'esprit de l'EM.

4.1.3 Questions posées lors de l'étude :

Aussi bien la question posée, que le choix de l'échantillonnage ou encore le mode de recueil des données n'ont pas posé de problème d'éthique.

Par ailleurs ne connaissant pas l'AFDEM avant d'entreprendre cette thèse, il ne se pose pas le problème d'un éventuel conflit d'intérêt.

4.2 Commentaires des résultats et confrontation aux données de la littérature :

4.2.1 La pratique de l'EM est-elle chronophage ?

En tout premier lieu, l'analyse des résultats a permis de démontrer que ni le sexe, ni l'âge, ni le milieu ou le mode d'exercice n'influaient sur les réponses des participants.

On remarque que cette notion de durée des consultations est corrélée avec la spécialité des médecins. En effet, pour la moitié des médecins généralistes, la durée des consultations est diminuée, pour l'autre moitié, identique. Seuls les spécialistes trouvent que la durée des séances est allongée avec l'utilisation de l'EM.

Cette notion de durée de consultation va également de pair avec le nombre de patients vus par jours ; seuls les généralistes voient plus de 20 patients par jour. Tous les spécialistes, à une exception près, déclarent voir moins de 20 patients par jour (rappelons que la plupart des spécialistes sont addictologues et tabacologues).

Par ailleurs on observe également qu'aucun médecin n'ayant reçu une formation d'approfondissement (en dehors d'un addictologue) ne trouve la durée des consultations allongée. Tous les médecins généralistes ayant reçu une formation d'approfondissement parle même d'un gain de temps.

Il est également intéressant de confronter ces résultats à l'ancienneté de la pratique de l'EM. Plus les médecins sont expérimentés en EM, moins ils trouvent l'EM chronophage.

Il en ressort ainsi que, les médecins généralistes, les mieux formés et ayant le plus d'expérience, concluent tous à un gain de temps dans leur activité journalière.

Cela va dans le même sens que dans les écrits de R MILLER, S ROLLNICK et C BUTLER :

[15] « *quand vous prenez du temps pour écouter, les patients pensent qu'ils ont passé avec vous plus de temps que la durée effective de votre rencontre. Écouter peut faire gagner du temps, parce que vous développez la capacité de percevoir promptement l'essence des préoccupations de vos patients. Ceci vous permet de passer à d'autres points plus rapidement* ».

Selon le British médical journal [17], il apparaît que le « *guiding style* » (l'EM), permet un gain de temps considérable quand il est bien maîtrisé.

Ainsi, lors des consultations de médecine générale, il convient de retenir, que pour amener les patients vers un changement de comportement, l'utilisation de l'EM est un gain de temps, chez les praticiens qui se sont appropriés l'EM.

4.2.2 La place de l'EM en consultation :

Aux vues des résultats, l'esprit de l'EM est utilisé en permanence durant les consultations. Certains utilisent l'EM dans l'intégralité de leurs entretiens, en particulier les tabacologues et les addictologues, qui sont chargés en permanence d'obtenir des changements de comportement. Les praticiens qui déclarent utiliser l'EM très souvent, mais pas dans l'intégralité de leurs consultations sont tous des médecins généralistes. Ceux qui utilisent peu l'EM sont tous des médecins formés depuis moins de trois ans.

L'énoncé de ces résultats confirme que les cliniciens, pratiquant régulièrement, ayant des bases solides en EM et se sentant à l'aise sont imprégnés de l'esprit de l'EM. Ainsi pour P.13 « *elle est prégnante dans mon mode de communication* », pour P.14 « *c'est un état d'esprit et de communication* », ou encore pour P.8 « *c'est mon langage* ».

[15] « un consultant formé à l'EM a appris et pratiqué la méthode dans toute son étendue, et peut l'appliquer de façon souple ... ».

4.2.3 Le ressenti des médecins quant à l'utilisation de l'EM :

Toutes les réponses traitant de la relation médecin-patient sont élogieuses depuis l'intégration de l'EM dans leurs consultations. Les citations des participants marquent un attachement certain à l'EM ; les médecins n'hésitent pas à parler de « *coup de foudre* » ou « *d'une aide formidable* ».

L'EM permet aux médecins d'adopter une nouvelle dimension relationnelle avec les patients. Il se crée un nouvel équilibre, un nouveau rapport entre le praticien et son patient « une personnalité du médecin qui s'estompe » selon P.8, « un pouvoir mieux réparti entre soignant/soigné » pour P.11.

Le patient est vu autrement, considéré dans sa globalité et non comme un symptôme relevant d'une prescription médicamenteuse ; P.5 dit : « *auparavant le centre était occupé par la pathologie ou la conduite addictive et parfois mon savoir médical* ». Désormais c'est « *une façon différente de considérer le patient* » écrit P8, avec des médecins « *centrés sur les préoccupations* » de leur patient selon P9. Dans le verbatim, on remarque l'utilisation de nombreux verbes concernant cette nouvelle place occupée par le malade : repositionner, centrer, replacer.

La relation se bonifie avec une « *amélioration du contact* » selon P14. On retrouve également des termes tels que « *collaboration horizontale* » pour P1 ; P19 parle d'une « *relation plus confortable* ».

Il ressort aussi une notion de confiance, « *une relation basée sur la confiance* » selon P18.

À l'occasion du SIDIEF de Marrakech⁷, en 2009, lors d'une évaluation de satisfaction du personnel soignant (médecins et infirmiers), il est rapporté que l'EM a amélioré leur communication au niveau professionnel.

Une autre notion se profile dans la plupart des réponses, à savoir, le respect de l'autonomie du patient. Cette notion est récurrente dans la littérature, « *L'EM s'attache à trouver en toute circonstance, des raisons d'optimisme et de confiance dans la capacité de l'autre à changer en respectant toujours sa liberté et en le centrant sur sa responsabilité* » [9].

Il revient aussi l'idée de changement de considération du patient, qui devient acteur de sa santé. Expert de sa personne, il a tous les atouts pour opérer un changement de comportement. Le patient a en lui compétences, connaissances et ressources nécessaires. Le patient est capable d'évoluer favorablement, c'est à lui d'en décider. Les changements de comportement sont de sa responsabilité et non plus de celle du soignant, qui est juste présent pour l'aider et le guider. Le soignant n'est plus responsable du *non changement* de son patient.

La relation de partenariat ainsi engendrée est indispensable dans l'EM. Elle délivre en outre de la satisfaction chez les patients : P.9 « *j'ai l'impression que mes patients apprécient cette manière d'être, et l'écoute que je leur propose (ils me le disent).* » ; P.3 : « *Ils ressortent le plus souvent satisfaits et le disent* ». En effet, l'écoute, améliorée par la pratique de l'EM⁸, permet de se sentir au plus près du vécu du patient (sans pour autant y adhérer) et permet de mieux se rendre compte de ses préoccupations et de ses attentes.

⁷SIDIEF Marrakech, 08 juin 2009
<http://www.sidiief.org/fr> (consulté le 19/12/2011)

⁸ *L'entretien motivationnel*. Santé mentale.2012 ;(164) :24

Enfin cette relation soignant-soigné ne peut être qu'améliorée du fait de l'obtention de meilleurs résultats : P.2 parle d'une « amélioration du service rendu ». Pour P.7, « les objectifs librement consentis par le patient sont plus vite atteints », P.9 nous livre un exemple concret : « *mes diabétiques sont mieux équilibrés* ».

Cette idée est étayée par une étude réalisée par le SIDIIEF de Genève⁹, en 2012, qui a démontré que, après avoir utilisé l'EM lors d'une hospitalisation de deux mois minimum en cardiologie, les patients se trouvaient davantage satisfaits. Cette satisfaction était en rapport avec l'écoute proposée, le soutien apporté et le respect dans leurs choix.

Tous les praticiens sont unanimes ; l'EM influence positivement la relation soignant-soigné. La relation s'équilibre ; l'accent est mis sur l'empathie ; le patient devient le centre de la consultation et fait ses propres choix en toute confiance.

Par ailleurs, aux vues des réponses des praticiens, l'EM paraît avoir un impact sur la vie professionnelle.

On retrouve le plus souvent un praticien satisfait : P.1 « *se sentir bien entre sa pratique et son éthique* » ; P.2 « *amélioration de mon positionnement comme médecin* », P.7 « *c'est moins de déception personnelle* ». À noter que les praticiens les plus satisfaits sont ceux qui ont une formation d'approfondissement et pratiquent l'EM depuis plus de trois ans. Cette notion de satisfaction personnelle est reprise en conclusion dans un article de la revue médicale suisse lors d'une présentation de l'EM [9]. La revue rapporte que « *la pratique de l'EM apporte du plaisir et de la satisfaction lors des entretiens lorsqu'on assiste en direct à la réflexion du patient et à l'élaboration autour de ses difficultés* ».

Cette satisfaction s'explique aussi indubitablement par une diminution du sentiment d'impuissance, notion récurrente chez les praticiens (dont 80 % pratiquent depuis plus de trois ans et ont une formation d'approfondissement à l'EM). Pour P1, « *auparavant je me sentais impuissante face aux personnes résistantes* », pour P5, « *j'ai moins de passage à vide où j'ai l'impression qu'il ne se passe rien. J'accepte mieux d'ailleurs qu'il ne se passe rien.* » ; pour P9 par exemple, « *je n'ai plus ce sentiment d'impuissance face aux patients difficiles* ».

L'EM devient alors un atout indispensable face à nos patients difficiles, résistants, qui ne changent pas, patients qui peuvent nous irriter, nous démotiver.

⁹ SIDIIEF Genève, *Étude du 24/05/2012*
<http://www.sidiief.org/fr> (consulté le 01/07/2013)

Les réponses relatent aussi, de la part des praticiens, un sentiment de sérénité. Cette sérénité passe ainsi pour P.4 par se « *sentir moins menacé ou critiqué* », pour P.19 l'utilisation de l'EM « *enlève une part de stress et de culpabilisation* ». P.9 marque dans la citation suivante une certaine intensité : « *je suis beaucoup plus relaxe* ». P.17 trouve l'EM « *très apaisant pour l'intervenant* ».

La notion de bien être confirme la présentation de la pratique de l'EM faite par S ROLLNICK, WR MILLER et C BUTLER [15], qui décrivent que l'EM peut avoir un impact direct sur la santé des pratiquants : « *Il peut s'avérer fatigant de se sentir responsable du changement de comportement des autres. Lorsque vous serez perfectionnés dans votre façon de guider, vous constaterez que cette source de stress diminue et que vous apprenez à vous occuper du patient sans forcément supporter le poids et la responsabilité du changement. Cela peut retentir sérieusement sur votre bien-être* ».

Selon l'étude, l'EM apporte aussi aux médecins un regain de confiance en leur capacité à bien prendre en charge leurs patients. Ainsi P.2 parle de « *sensation d'avoir été utile, rêve modeste et fou* », P.9 a retrouvé avec l'utilisation de l'EM, une motivation « *pour la profession, à un moment où* » sa « *pratique professionnelle tournait en rond* ». P.1 décrit « *une augmentation de capacité de changement aussi chez moi* ».

Plus concrètement, un médecin insiste particulièrement sur l'aide technique apportée par l'EM, qui permet pour P.16 « *une écoute plus structurée, plus formelle* ».

On retrouve dans le discours des médecins des marqueurs temporels très présents avec une chronologie bien identifiée dans leur pratique, avec toujours « un avant » et « un après », la formation et l'utilisation de l'EM. Ainsi par exemple, P.3 marque bien la différence entre « *avant, dans ma pratique de médecin de prévention où l'on a tendance à donner des conseils et prescrire des comportements* » et le présent, quand « *l'EM m'a permis de mieux prendre en compte mes patients* ».

L'EM a changé positivement la vie professionnelle des cliniciens avec l'apport de satisfaction, sérénité, confiance en soi et diminution du sentiment d'impuissance et de frustration. Ce changement est d'autant plus notable chez ceux qui sont les plus à l'aise avec la pratique de l'EM.

Quant à l'influence de l'EM sur la vie personnelle, pour certains les réponses sont apparues prudentes, frileuses. En Effet P.5 « *trouve gênant d'utiliser une technique professionnelle dans la vie privée* ». Pour ceux qui l'utilisent dans leur vie personnelle, c'est dans le but d'améliorer la relation familiale avec pour exemple les citations de P9 « *je me surprends de plus en plus souvent à refléter, je gère mieux les petits problèmes relationnels* » et de P.7 « *C'est un des outils de l'écoute de l'autre* ». Le plus souvent l'EM est utilisé avec les enfants : P.1 « *je me suis engagée avec mes enfants* ». Un participant s'est appliqué à lui-même les principes de l'EM et a ainsi obtenu des résultats personnels quand à un changement de comportement alimentaire, devenu néfaste pour sa santé : P.10 « *après ma formation à l'EM j'étais en surpoids depuis des années, j'ai perdu vingt kilogrammes en changeant mon comportement alimentaire...* ».

L'enquête du SIDIIEF de Marrakech 8 juin 2009 relate que les soignants sont également satisfaits d'avoir amélioré leur communication au niveau personnel.

À contrario, dans la littérature, il est décrit que, même si elles sont utilisées à des fins positives et dans un but bienveillant, il faut rester prudent, voire s'abstenir d'introduire des méthodes de manipulation mentale avec ses proches [18][19].

Il n'est pas licite d'utiliser l'EM, avec ses proches, si le changement envisagé nous procure un bénéfice personnel. Toutefois avec les compétences acquises avec la pratique de l'EM, l'état d'esprit qui en découle avec, entre autre, le respect de l'autonomie, la collaboration, l'empathie et la qualité d'écoute, influencent implicitement la relation aux autres, même en dehors de la vie professionnelle.

4.2.4 Les points négatifs à l'utilisation de l'EM :

Très peu de réponses ont été émises à ce sujet. Voire même, P.9 a « eu beau chercher et ne trouve aucun point négatif ».

Dans les propos, il a été rappelé que l'EM ne peut pas être utilisé dans toutes les situations, notamment dans les situations d'urgence. Par ailleurs, pour P.11, « il existe beaucoup de patients pour lesquels l'EM ne permet pas d'améliorer la situation clinique. À vouloir trop faire d'EM, il existe un risque de laisser le patient tranquillement se dégrader cliniquement ».

Encore une fois, plus le niveau de formation est élevé et plus la pratique est ancienne et moins il existe de frein à l'utilisation de l'EM. Il s'intègre alors harmonieusement dans la pratique professionnelle.

Pour se prémunir, gardons à l'esprit que l'EM est utile quand il s'agit de changement de comportement et souvenons-nous que nous sommes avant tout des cliniciens et que dans les actes de prévention ou le suivi des maladies chroniques l'examen somatique et les examens para-cliniques restent et resteront toujours indispensables.

4.2.5 Niveau et souhait de formation :

Les réponses sur l'auto évaluation du niveau en EM sont corrélées avec le niveau de formation et l'ancienneté de la pratique. Ainsi, se sentent plus à l'aise les pratiquants de longue date, ayant reçu une formation d'approfondissement.

Rappelons que la formation de base comprend en général une formation de deux jours, se voulant être une préparation théorique et pratique suffisamment complète pour donner l'envie et la compétence immédiate dans le champ professionnel¹⁰. Cette formation se compose également de jeux de rôle.

En ce qui concerne la formation d'approfondissement, d'une durée d'un ou deux jours, elle permet d'approfondir la réflexion et la pratique à partir de l'expérience professionnelle.

Il existe aussi des formations pour devenir formateur en EM de niveau 1. Il s'agit d'une semaine pleine pour des personnes déjà compétentes et dont les compétences sont évaluées sur entretien enregistré. Les organismes de formation proposent également des sensibilisations à l'EM, d'une durée de quelques heures, et qui permettent une découverte de l'EM.

Patrick BERTHIAUME¹¹ décrit une variabilité des niveaux de performance en EM selon les suites offertes à la formation initiale. Une déduction autour de sa réflexion amène à penser qu'une formation de deux jours ne suffit pas, pour un changement réel de sa pratique. Après des évaluations successives, il apparaît que les compétences acquises s'amointrissent avec le temps. La formation de base isolée semble très souvent insuffisante pour permettre une intégration de l'EM dans l'activité professionnelle. Il faut encourager un maintien de l'utilisation de l'EM avec des rappels permanents dans le temps, pour arriver à un réel changement dans la pratique.

La plupart des médecins interrogés parle de progression permanente, de « *voie d'amélioration* » ; tous désirent et sont encore avides de se former pour progresser, ce qui marque une fois de plus leur attachement à l'EM.

¹⁰AFDEM <http://www.entretienmotivationnel.org>

¹¹BERTHIAUME P, *Formation : repères pour l'intégration de l'EM*
http://www.entretienmotivationnel.org/articles/repères_formation/ (consulté le 01/07/2013).

P.10 avoue un « *niveau bas par manque de pratique* ». En effet, comme décrit ci-dessus, une remise en question permanente et une utilisation courante permettent d'obtenir un bon niveau ; « *Pratiquez dans la vie de tous les jours* » [15].

La majeure partie des participants proposent entre autres, pour améliorer leur pratique, la réécoute d'enregistrements, méthode qui est également la plus décrite dans la littérature [14]. « *Il n'y a rien qui puisse remplacer l'écoute d'enregistrements ou le visionnage vidéo* » ; [15] « *une autre façon d'améliorer votre façon de guider est d'écouter des enregistrements de vos propres consultations.* »

Les journées de supervision sont également décrites comme un outil de progression intéressant, avec mise en scène de certaines situations professionnelles.

Pour évoluer dans leur pratique, les praticiens les plus expérimentés souhaitent : se réunir en groupes de pairs, se former au cours de jeux de rôle entre autre avec des patients formateurs, se former au MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity), méthode d'évaluation de l'esprit et des principes de l'EM. La formation au MITI semble, en effet, être aussi une voie intéressante pour améliorer ses compétences. C'est la méthode d'évaluation la plus utilisée, à l'aide d'une grille à plusieurs items (annexe 3). Les scores mesurés sont l'empathie et l'esprit. Elle s'intéresse à mesurer la fréquence des comportements spécifiques du clinicien comme : donner des informations de façon congruente ou non à l'EM, poser des questions ouvertes ou fermées, émettre des reflets simples ou complexes.

Il existe d'autres outils de mesure, tel le MISC (Motivational Interviewing Skill Code) pour faire le lien entre le style de communication de l'intervenant et ce qu'il en résulte chez le patient.

Si l'on veut être exhaustif, il existe également le HRQ (Helpful Reponse Questionnaire), qui évalue la réponse du professionnel à la suite de six affirmations de patients et enfin le BECCI (Breheavior Change Counselling Index), évaluation de la mise en pratique de certaines actions appliquées en EM (sur un score compris entre zéro et quatre)

Pour ce qui est du patient formateur [20], il s'agit d'un concept né aux États-Unis. Le programme, créé à l'Université du Texas, consistait à faire intervenir des patients atteints de maladie chronique, en tant qu'enseignants auprès des professionnels, notamment des étudiants en médecine. Il s'agit d'un concept qui se développe et qui paraît très intéressant, demeurant dans la continuité de l'éducation thérapeutique. On retrouve une démarche centrée sur le patient et son vécu.

Quant aux groupes de pairs, ils sont apparus en France sous l'impulsion de la SFMG en 1987. Il s'agit d'un concept en plein essor, permettant à un groupe de médecins de se réunir pour réfléchir à leur pratique quotidienne, qu'ils confrontent au regard des pairs et aux données de la Science¹².

¹²SFMG, *Les Groupes de Pairs, une FMC en plein essor en France.*

http://www.sfm.org/groupe_de_pairs/

D'autres praticiens, envisagent quant à eux la formation de formateurs à l'EM pour améliorer leur compétence par l'enseignement.

Quelques médecins parlent cependant du manque de temps pour accéder aux diverses formations. Une fois l'activité médicale débutée, les médecins sont souvent submergés par des quantités d'heures de travail importantes. Force est de constater qu'il reste peu de place pour s'octroyer du temps pour la formation (à l'EM ou autre).

4.2.6 Préconisations pour la formation des jeunes médecins :

Par leurs réponses, certains médecins suggèrent qu'il serait intéressant de débiter une initiation à l'EM, voire une formation de quelques heures en DES de médecine générale. Une autre solution souvent proposée, serait que les étudiants soient formés lors de leur stage chez le praticien, directement en contact avec la pratique du médecin face à ses patients. Actuellement les étudiants peuvent bénéficier d'une initiation lors de leur troisième cycle des études médicales, enseignement de quelques heures, purement théorique.

Un participant propose même d'inclure l'EM dès le premier cycle des études médicales. Chez nos voisins suisses, les étudiants en médecine de Lausanne reçoivent, en cinquième année et avant leur enseignement clinique, une formation de huit heures à l'EM [21]. Ces enseignements théoriques sont précédés d'exercices pratiques comprenant jeux de rôle avec des patients simulés et des enregistrements vidéo. Les étudiants suisses sont satisfaits de leur formation et leur aptitude motivationnelle se voit améliorée. Leur cursus d'étude médicale, tourné vers la médecine générale s'inscrit dans la mise en place de leur exercice futur, axé sur la relation médecin-patient et la prévention.

Ceci encourage l'instauration dans nos facultés de médecine d'un enseignement à l'entretien motivationnel, à la fois théorique, à la fois plus pratique et peut être plus précoce. L'article de LEMASSON [22] montre que les médecins sont insatisfaits de leur technique de communication. Dans la littérature anglo-saxonne¹³, il est décrit que la formation initiale devrait porter à la fois sur les interactions verbales et non verbales entre médecin et patient.

Un certain nombre de nos participants pensent qu'il faudrait proposer des formations continues aux médecins, même les moins jeunes. Ainsi, proposer une initiation, puis formation continue à l'EM lors d'une FMC paraîtrait une bonne solution.

¹³ BECK RS, et al.

Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review.

Un participant propose une réévaluation des actes et une cotation de ces entretiens qui permettraient de revaloriser le travail réalisé et investi.

Tous les participants s'accordent à penser que, en rapport avec les bénéfices obtenus avec l'utilisation de l'EM, il faut que les jeunes médecins soient formés à son utilisation pour mieux vivre la relation avec leur patient.

4.3 L'analyse de la psychologue :

Le questionnaire a été mis en place afin d'étudier l'impact de l'entretien motivationnel sur la relation soignant-soigné.

Les professionnels de santé utilisent particulièrement cette méthode afin d'aider la personne à s'engager dans le changement. Dans ce sens, c'est le patient qui reste responsable de ce changement, d'où la place importante laissée à l'autonomie. Celui-ci évoque le changement : les ressources et les motivations résident au sein même du soigné. Le professionnel (médecin, psychologue, infirmier..) assure une guidance afin d'augmenter la motivation intrinsèque du patient.

Bien que certains comportements ne soient jamais vraiment intrinsèquement motivés, du fait de leur caractère non plaisant, le patient peut internaliser sa motivation à s'engager dans ces comportements en modifiant les demandes externes en objectifs propres (but de l'EM).

Cette méthode demande que le médecin soit au préalable « au clair » avec les spécificités des techniques de l'entretien motivationnel.

À la vue des résultats du questionnaire, les conséquences de l'utilisation de cette méthode sont plutôt favorables chez les médecins interrogés aussi bien sur leur relation avec leur patient que sur leur relation personnelle.

D'un point de vue qualitatif, on remarque une augmentation du *sentiment d'efficacité personnelle* avec une analyse plutôt positive de leur pratique.

Dans l'échantillon, tous sont demandeurs d'un approfondissement de la méthode, ce qui montre l'intérêt de chacun à vouloir se perfectionner dans le but entre autre d'aider au mieux les patients.

Le côté ressenti du médecin

Globalement concernant le questionnaire, il s'agissait de questions ouvertes, permettant de recueillir des informations sur le ressenti et les pensées du professionnel.

L'entretien motivationnel a un impact plutôt positif chez les médecins orientant leur consultation dans ce sens.

L'impuissance dans laquelle se situe le professionnel n'est plus actuelle ce qui permet d'augmenter son sentiment d'efficacité personnel. On retrouve moins de frustration chez plusieurs professionnels. Leur pratique est congruente avec leur valeur morale et avec leur éthique professionnelle.

Ils ressentent une amélioration de la relation thérapeutique, évoquant de moins en moins de conflit et un confort bilatéral dans cette relation d'aide. Le patient reprend sa place « *au centre de la consultation* », la relation soignant-soigné est mieux vécu des deux côtés. La consultation est plus riche d'informations due à un questionnement non directif.

Le professionnel reprend confiance en lui dans la mesure où son sentiment d'efficacité personnel est amélioré, de plus les retours positifs des patients permettent d'augmenter l'estime de soi (confiance en soi, vision de soi et amour de soi). Les médecins utilisent davantage de renforçateurs sociaux et sont renforcés dans leur pratique.

Les médecins se sentent davantage à l'écoute avec l'utilisation de cette technique, grâce à l'écoute réflexive, les professionnels sont tournés vers l'autre permettant une meilleure connaissance de leur patient ce qui impactera sur l'intervention à mettre en place. Notamment il y a moins de critique et de jugement envers le patient.

Ressenti négatif :

Pour un professionnel, l'EM n'est pas applicable à tous. Cliniquement l'EM n'est pas possible chez les patients présentant un trouble psychopathologique.

De plus, l'EM peut allonger le temps de la consultation qui peut avoir d'autre effet notamment le stress du nombre de consultations.

Concernant la vie personnelle, certains évoquent des changements notamment dans la pratique de l'écoute de l'autre (avec ses propres enfants). Des changements de comportement (perte de poids) sont observés avec une interrogation personnelle, et en mettant en place les bases de cette technique.

Bien que l'utilisation de cette technique soit possible dans la vie privée, une gêne est constatée au sein de la sphère familiale.

4.4 Synthèse :

L'utilisation de l'EM permet un travail satisfaisant avec les patients et apporte également satisfaction et bien-être au praticien.

Plus les médecins sont formés, plus ils pratiquent, plus ils ont d'aisance dans leur vie professionnelle, que ce soit au niveau du gain de temps ou du plaisir à exercer.

Il faut cependant se donner la peine de se former auparavant, de s'entraîner et de pratiquer. La faculté de Lausanne a démontré que, plus l'initiation à l'EM était précoce, plus le jeune médecin se familiarisait avec l'approche motivationnelle et plus il était prêt à affronter son exercice de médecine générale avec une relation médecin-patient de qualité.

Enfin, l'analyse faite par Melle BENZARHA, et la mienne convergent vers les mêmes notions, ce qui conforte les conclusions.

5. CONCLUSION

La relation médecin-patient a aujourd'hui évolué. Le temps du médecin paternaliste semble désuet. Le médecin expert qui sait, qui examine, puis qui prescrit ne semble, pas non plus, adapté à la prise en charge des pathologies chroniques.

Même si de nos jours les patients attendent toujours autant de compétence et parfois même des prescriptions directives de la part du médecin de famille, ce dernier se doit être désormais avant tout « un aidant » [23]. Il doit savoir prendre en charge le patient dans sa globalité en tenant compte des réalités socio-économiques, familiales et des différents contextes psychologiques.

Une autre réalité de ce début de XXI^{ème} siècle est la souffrance psychologique de nombreux praticiens. Une enquête de l'URML île de France¹⁵ reprend, que près de 47 % des médecins libéraux présentent les symptômes du syndrome d'épuisement professionnel. La charge de travail, la dévalorisation du métier du médecin généraliste, les tracasseries administratives, les relations parfois difficiles avec les patients peuvent être source de *Burn-out* [24].

L'étude a montré une nouvelle fois que la relation soignant-soigné est améliorée par l'utilisation de l'EM. Cette relation passe par un nouvel équilibre au sein des consultations, une amélioration de la communication, une nouvelle place pour un patient davantage satisfait et reconnaissant.

En ce qui concerne les médecins, l'enquête rapporte que la pratique régulière de l'EM oblige à un changement d'état d'esprit qui amène sérénité, déculpabilisation, diminution du stress et de la frustration.

Les praticiens sont satisfaits, les résultats suivent et leur sentiment d'efficacité personnelle s'en voit renforcé. Ces résultats sont essentiels, vu le contexte d'exercice de la médecine actuelle et la part grandissante de l'épuisement professionnel des soignants.

Dans notre étude on remarque que les praticiens les mieux formés à l'EM, pratiquant régulièrement et depuis un certain temps sont ceux qui expriment le plus à quel point l'EM a bouleversé leur pratique quotidienne en redonnant un élan positif à leur exercice médical, en leur permettant de retrouver une plus grande sérénité et un épanouissement dans leur vie professionnelle.

¹⁵URML île de France, *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives.*

Commission Prévention et Santé Publique, Juin 2007

Nous avons acté que l'état d'esprit de l'EM et sa pratique régulière permet d'améliorer la qualité de la vie professionnelle, et contrairement à ce que certains pouvaient supposer, avec un certain niveau de formation, on se rend compte que la pratique de l'EM n'est pas chronophage et peut même permettre parfois un gain de temps.

Enfin, l'EM s'apprend. De nombreuses formations existent. Toutefois cette formation demande un investissement assez important, difficilement compatible avec une activité professionnelle intense. Une voie d'avenir serait d'intégrer la formation à l'EM au cours des études médicales.

Il serait pertinent de réfléchir à de nouvelles modalités d'enseignement et de voir comment l'EM pourrait être intégré au cours du cursus des études médicales.

Aujourd'hui, au cours des études universitaires, les formations à la relation médecin-patient sont encore trop peu présentes, alors que cette relation avec le patient est omniprésente dans l'exercice quotidien de la médecine générale.

Les jeunes docteurs en médecine arriveraient ainsi « mieux armés » pour affronter leur pratique médicale débutante. On pourrait alors imaginer des médecins plus sereins et des patients plus satisfaits !

BIBLIOGRAPHIE

- [1] WONCA Europe 2002
La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille :
préparée par la Société Européenne de médecine générale-médecine de
famille [en ligne]
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/file/documents/WO>
- [2] BALINT M
Le médecin, son malade et la maladie.
Paris : Payot, 2006
- [3] AUBERT J
Médecine générale : complexités et incertitudes
Rev Med Suisse [en ligne] 2009 ; 5 : 1680-1681
<http://rms.p?ID-ARTICLE=RMS-214-1680medhyg.ch/article-p.ph>
(consulté le 22/04/2013)
- [4] LAPERCHE J
Promotion de la santé : quel rôle pour le médecin généraliste ?
La santé de l'homme. 2007 ; (392) : 46-48
- [5] GALLOIS P, VALLEE JP, LE NOCY
Prévention en médecine générale, une part croissante et une évolution de
l'activité.
Médecine. 2007 ; 3 (2) : 74-76
- [6] HAUTE AUTORITE DE SANTE
L'entretien motivationnel.
<http://www.has-santé/portail/upload/docs/application/pdf2008/10/memo-entretien-motivationnel-pdf>
(consulté le 23/01/2012)
- [7] Alcoolodépendance avant le sevrage : amener les patients
alcoolodépendants à se soigner.
Prescrire. 2010 ; 30 (325) : 839-842

- [8] BISMUTH M, ESCOURROU B, POUTRAIN JC, BOYER P, CAZES L, OUSTRIC S et al.
Prévention du risque cardiovasculaire. Entretien motivationnel en médecine générale. Une revue de la littérature.
Medecine [en ligne] 2011 ; 7 (5) : 234-239
<http://www.jle.com/fr/print/e-docs/00/04/67/AA/article.phtml?fichier=images.htm> (consulté le 09/01/2012)
- [9] GACHE P, FORTINI C, MEYNARD A, REINER MEYLAN M, SOMMER J
L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques.
Rev Med Suisse [en ligne] 2006 ; (3080) : 2154-2152
<http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=31657>
(consulté le 23/07/2012)
- [10] ROGERS C
Le développement de la personne.
InterEditions, Dunod, 1966
- [11] JANIS I, MANN L
Decision Making : A Psychological Analysis of conflict, Choice and Commitment.
New-York : Free Press, 1977. p.512
- [12] BANDURA A
Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of behavioral Change.
Psychological Review. 1977; 84 (2): 191-215
- [13] BREHM JW
A theory of psychological reactance.
Academic Press, 1966
- [14] MILLER WR, ROLLNICK S
L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement.
Paris : InterEditions, Dunod, 2006
- [15] ROLLNICK S, MILLER WR, BUTLER C
Pratique de l'entretien motivationnel, communiquer avec le patient en consultation.
Paris : Inter Editions, Dunod, 2009

- [16] BERELSON B
Content Analysis in Communication Research
The Free Press, 1952
- [17] ROLLNICK S, BUTLER C, KINNERSLEY P, GREGORY J, MASH B
Motivational interviewing
BMJ. 2010; 340 (7758) : 1242-1244
- [18] JOULE RV, BEAUVOIS JL
La soumission librement consentie-Comment amener les gens à faire
Librement ce qu'ils doivent faire ?
Éditions PUF, 1998
- [19] JOULE RV, BEAUVOIS JL
Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens.
Éditions PUG, 2002
- [20] Le patient formateur
Revue des Maladies Respiratoires[en ligne].2006 ; 23 (HS3) : 44-45
<http://www.em-consulte.com/rmr/article/146256> (consulté le 03/07/2013)
- [21] FORTINI C, DAEPPEN JB
Se former à l'entretien motivationnel pour aider ses patients à changer,
les étudiants en médecine le confirment.
Rev Med Suisse [enligne]. 2012 ;8 : 1359-1361.
http://rms.medhyg.ch/article_p.php?ID_ARTICLE=RMS_346_1359
(consulté le 01/07/2013)
- [22] LEMASSON A, et al
Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du
patient ?
Medecine [en ligne]. 2006 ; 1 : 38-42
- [23] GALAM E
Relation médecin-malade : pour le meilleur et pour le pire.
Medecine. 2009 ; 5 (5) : 231-234
- [24] TRUCHOT D
Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et
et de l'orientation communautaire.
Annales médico-psychologiques. 2009 ; 167 (6) : 422-428

ANNEXES

ANNEXE 1 : Le questionnaire

Questionnaire thèse Charlotte Solty sur l'EM

Je suis actuellement interne en Médecine Générale à la Faculté de Caen, et en effectuant mon stage chez le praticien, j'ai découvert les vertus de l'Entretien Motivationnel. C'est en me formant à l'EM et en voyant exercer le DR JY Herfroy, formateur à l'entretien motivationnel, que j'ai eu l'idée de faire de l'EM le sujet de ma thèse pour le doctorat de médecine générale. Le Dr Herfroy a accepté d'être mon Directeur de thèse. Devant une littérature médicale déjà bien étoffée sur l'intérêt de l'EM pour nos patients, j'ai eu l'idée d'essayer d'analyser ce que la pratique de l'EM change du point de vu du praticien. J'ai donc décidé de contacter les médecins qui ont reçu une formation à l'EM. Je vous remercie de prendre quelques instants pour lire ce questionnaire ; il s'agit d'un travail original qui j'espère retiendra votre intention. Votre expérience est irremplaçable et plus vous serez nombreux à me répondre, plus ce travail sera probant. Je ne doute pas que vous aurez à cœur de m'aider à réaliser ce projet et je ferai en sorte que ma thèse soit accessible.

*Obligatoire

Êtes-vous ?

- un homme
- une femme

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

- moins de 35 ans
- 36 à 45 ans
- 46 à 55 ans
- 56 ans et plus

Exercez-vous en milieu

- urbain
- rural
- semi-rural

Exercez-vous

- seul(e)
- en cabinet de groupe

Combien de patients voyez-vous en moyenne par jour?

- moins de 20 patients par jour
- de 20 à 25 patients par jour
- de 26 à 30 patients par jour
- plus de 30 patients par jour

Comment avez-vous découvert l'EM?

Depuis combien de temps pratiquez-vous l'EM?

Avez-vous reçu une formation à l'EM *

- de base
- d'approfondissement

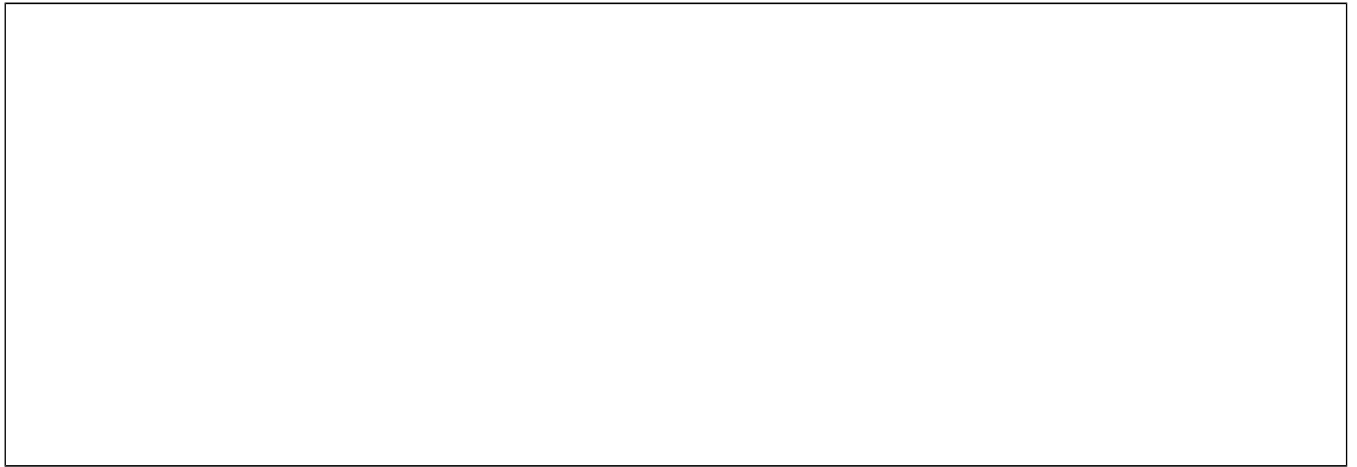
Dans votre activité de médecin, quelle place l'EM occupe-t-il dans vos consultations?

Comment l'EM influence-t-il la durée de vos consultations?

En quelques phrases, en tant que médecin qu'est-ce que l'EM change dans la relation avec vos patients? En quoi la pratique de l'EM a-t-elle modifié votre vie professionnelle? (et éventuellement votre vie personnelle?). Merci de mentionner également les points négatifs.

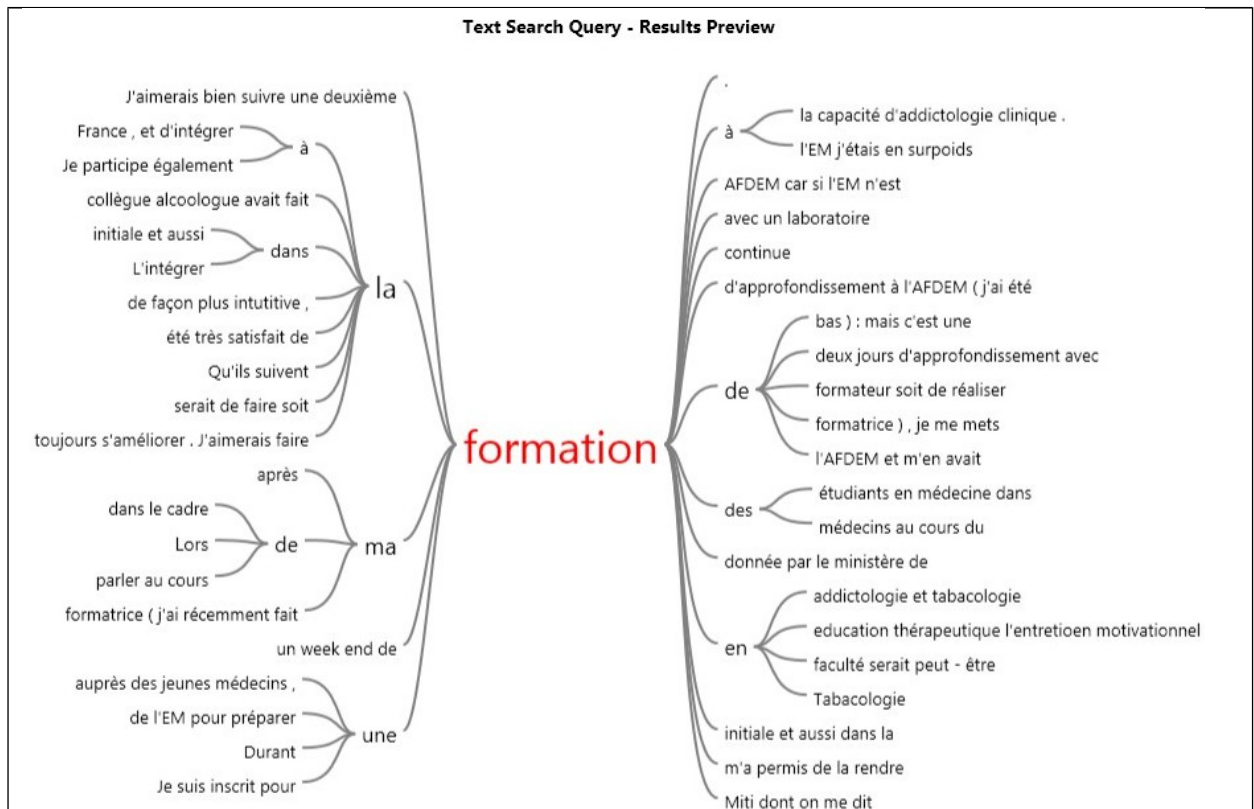
Comment évaluez-vous votre niveau en EM ? Si vous envisagiez de vous perfectionner encore, quel type de formation vous semblerait judicieuse ?

Que préconiserez-vous si vous deviez promouvoir la diffusion de l'EM auprès de jeunes médecins?

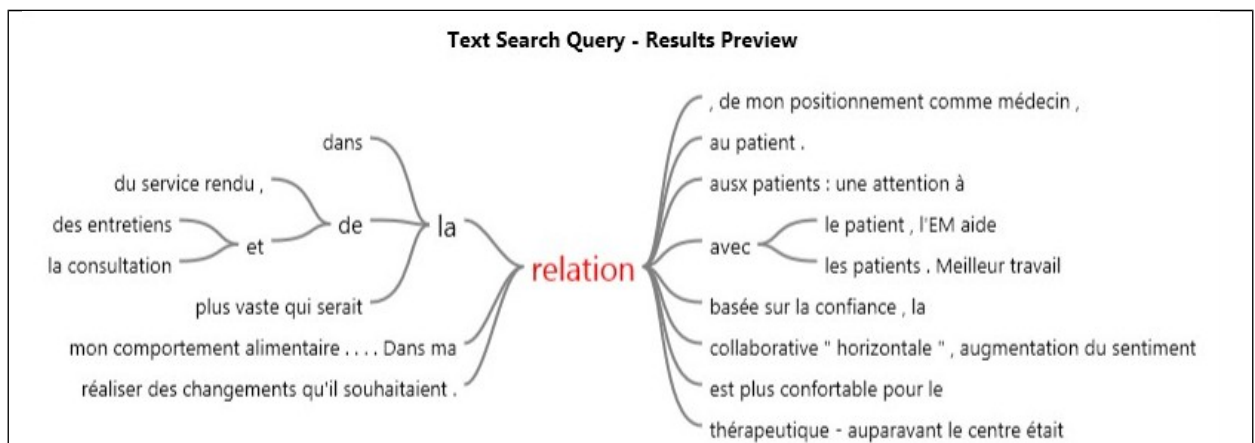


N'envoyez jamais de mots de passe via l'outil Formulaires Google.

Fourni par [Google Documents](#) [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)



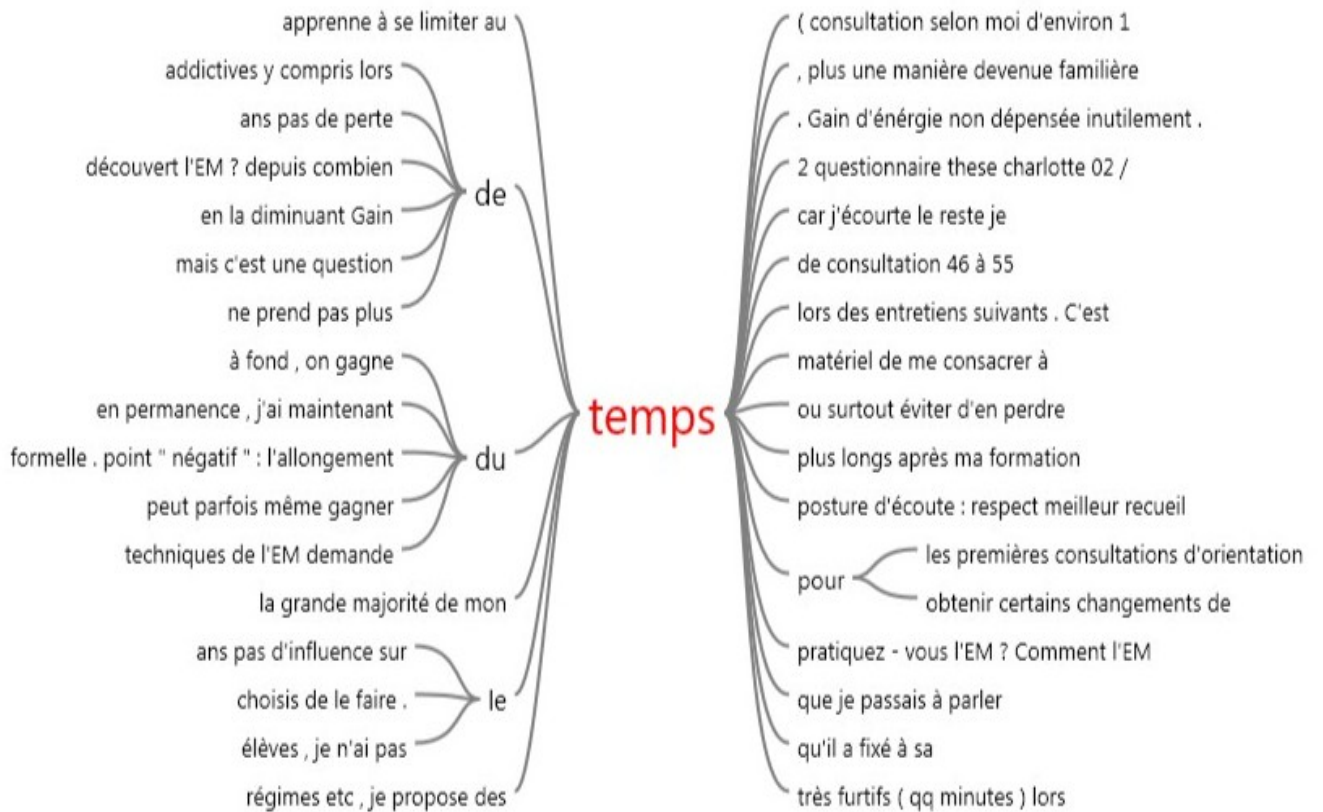
ANNEXE 2 : Exemples de diagrammes d'associations d'idées



Text Search Query - Results Preview



Text Search Query - Results Preview



ANNEXE 3 : Le MITI

The Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI)
Code: version 2.0

Theresa B. Moyers, Tim Martin, Jennifer K. Manuel & William R. Miller
University of New Mexico
Centre on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions (CASAA)
VERSION FRANCAISE

Traduit de l'anglais par Sophie Morandi
Centre de Traitement en Alcoologie
Département Universitaire de Médecine et Santé Communautaire (DUMSC)
CH - Lausanne

« Apprends, compare, collectionne les faits ! »
Pavlov (1849 – 1936)

Dans quelle mesure l'usage de l'EM est-il satisfaisant ou non ?

Le MITI est un système de codage du comportement qui permet de répondre à cette question. Le MITI est aussi un outil de feedback utilisé pour augmenter les compétences dans la pratique de l'EM. Le MITI est destiné à être utilisé :

1) pour mesurer l'adhésion à la technique motivationnelle lors d'une étude clinique

2) en tant qu'outil de feedback structuré et formel visant à améliorer la pratique dans un setting autre que la recherche.

Il faut remarquer que le MITI et son instrument voisin, le MISC, ne concourent pas à la même tâche. Il s'agit d'outils différents conçus pour accomplir des tâches différentes. Le MISC est plus utile pour la recherche visant à investiguer des processus détaillés tels que des éléments clé ou des mécanismes de causalité au sein d'un EM. Il ne peut pas être remplacé par le MITI dans ce but. D'un autre côté, le MITI semble plus utile si une question plus simple est posée (quelle est la part réelle d'EM dans ce traitement ?) ou lorsqu'un feedback plus ciblé est recherché dans le cadre de la formation (comment nos cliniciens peuvent-ils s'améliorer dans l'utilisation de l'EM ?).

Les différences spécifiques entre le MITI et le MISC sont :

1) Le MISC permet un examen étendu et détaillé des comportements de l'intervenant et du patient, ainsi que de l'interaction entre les deux, alors que le MITI ne s'intéresse qu'aux comportements de l'intervenant.

2) Le MISC exige jusqu'à 3 passages de l'enregistrement alors que le MITI nécessite généralement un seul passage.

3) Le MISC saisit des éléments permettant de voir si le patient est prêt à changer et dans quelle mesure il s'engage dans un processus de changement, ce que le MITI ne peut pas faire. Ces éléments peuvent être importants pour le pronostic.

4) Le MISC est un système de codage exhaustif et mutuellement exclusif des comportements, ce que le MITI n'est pas. Un grand nombre de comportements codés par le MISC se retrouvent fondus en une seule catégorie par le MITI ou ne sont pas codés du tout.

A. COMPOSANTES DU MITI

Le MITI a deux composantes : le score global et le décompte des comportements. Pour obtenir le score global, le codeur doit apprécier l'ensemble de l'interaction en codant certaines de ses caractéristiques sur une échelle de Likert à 7 unités. Ces scores permettent de saisir l'impression globale ou l'évaluation générale à propos d'une dimension, parfois appelée la « gestalt ».

Deux dimensions globales sont codées : l'**empathie** et l'**esprit de l'EM (MI Spirit)**. Cela signifie que chaque codage par le MITI va aboutir à deux scores globaux.

Pour le décompte des comportements, le codeur doit comptabiliser chaque exemple de comportement de l'intervenant. Ces pointages se font en visionnant ou écoutant le passage choisi du début jusqu'à la fin. Le codeur n'a pas à juger de la qualité ou de l'adéquation générale de la séquence comme dans le cas du score global, mais doit simplement **identifier et compter les comportements**.

Classiquement, les scores globaux et le décompte des comportements sont évalués dans le cadre d'un passage en revue unique d'une séquence d'une durée de 20 minutes environ. Il faut s'assurer que le choix de l'échantillon s'est fait au hasard, surtout en ce qui concerne les exemples cliniques, de manière à pouvoir en tirer des conclusions appropriées au sujet de l'utilisation réelle de l'EM tout au long de l'entretien.

La bande peut être arrêtée si nécessaire, mais un codage sans cesse interrompu et repris peut empêcher le codeur de se faire une idée de la forme générale et d'obtenir un score global (dans le cadre d'une supervision ou d'une visualisation en groupe ceci est moins dérangent).

Certains codeurs préféreront ainsi effectuer 2 visionnages/écoutes avant d'avoir atteint une certaine expertise dans l'utilisation du système de codage. Dans ce cas, le premier visionnage/écoute devrait donner le score global et le deuxième le décompte des comportements.

B. DESIGNATION D'UN COMPORTEMENT CIBLE

Une bonne utilisation de l'EM implique que l'intervenant s'applique à faciliter le changement de comportement. Les intervenants compétents vont tenter de renforcer et de susciter le discours-changement chez leur patient chaque fois que l'occasion se présente. Les codeurs devraient savoir quel est le comportement cible, à supposer qu'il y en ait un, avant même de commencer le travail de codage. Ceci permettra d'estimer avec précision si l'intervenant dirige ses interventions sur le comportement cible, s'il patauge ou s'il est désespérément perdu. Le MITI n'est pas destiné au codage d'interventions qui ne comportent pas de comportement cible.

C. SCORES GLOBAUX

*« Quelle est brièvement la signification de ce long discours ? »
Schiller (1759-1805)*

Les scores globaux visent à refléter l'impression générale du codeur quant à l'aptitude de l'intervenant à atteindre le but mesuré par le score de l'échelle. Même si ceci peut se faire par le biais de la prise en considération simultanée d'un certain nombre d'éléments, l'appréciation par le codeur de l'ensemble est prépondérante.

Les scores globaux devraient refléter une évaluation holistique de l'intervenant. Il n'est pas nécessaire d'en donner les éléments isolés.

Les scores globaux sont obtenus sur une échelle de Likert à 7 points, le codeur devant se situer au départ au point 4 pour ensuite se déplacer vers le haut ou vers le bas.

1. Empathie

Cette échelle est destinée à voir dans quelle mesure le thérapeute comprend et/ou fait l'effort de comprendre le point de vue du patient.

Comment reconnaître l'empathie ? Exemples de cliniciens plus ou moins empathiques :

Adhérence idéale

L'empathie apparaît clairement lorsque l'intervenant montre activement qu'il a compris ce que le patient vient de dire. On l'observe aussi lorsque l'intervenant suit ou perçoit avec précision un exposé complexe fourni par le patient ou lorsqu'il l'explore pour en clarifier le contenu. L'écoute réflexive prend une part importante dans ce processus, mais le score global vise à saisir tous les efforts faits par

l'intervenant pour comprendre le point de vue du patient et pour lui communiquer ce qu'il a compris.

Adhérence faible

L'empathie manque lorsque l'intervenant montre peu d'intérêt pour le point de vue et les expériences du patient. Peu d'efforts vont dans le sens d'une compréhension approfondie d'événements et d'émotions complexes. Les cliniciens peu empathiques s'enquêtent d'informations factuelles ou suivent leur agenda, sans que cela ait pour but de comprendre le point de vue du patient.

Comment différencier l'empathie d'autres types d'attitudes ?

L'empathie ne doit pas être confondue avec la chaleur humaine, l'acceptation, l'authenticité ou la défense du patient. Ces attitudes ne doivent pas être codées comme de l'empathie.

Il est possible pour un clinicien de :

- travailler durement pour comprendre le point de vue du patient sans être trop chaleureux ou gentil pendant ce processus (empathie vs chaleur humaine).
- comprendre parfaitement sans être pour autant d'accord avec le point de vue du patient (empathie vs acceptation).
- assurer une bonne présence auprès du patient et être authentique sans pour autant faire d'effort pour comprendre réellement son point de vue (authenticité vs empathie).
- fournir de l'aide au patient, lui rendre des services sans pour autant essayer de comprendre et de prendre en considération son point de vue (prendre la défense du patient vs empathie).

2. Esprit de l'entretien motivationnel (*MI Spirit*)

Le codage vise à saisir l'aptitude générale de l'intervenant à utiliser l'EM. Il se focalise sur trois caractéristiques qui sont : l'**évocation**, la **collaboration** et l'**autonomie**. Ces dimensions se superposent souvent ou se mélangent l'une dans l'autre, d'où la nature globale de cette échelle. Le codeur devrait considérer les 3 dimensions lorsqu'il choisit une valeur à mettre sur l'échelle et un score bas dans l'une de ces dimensions devrait être reflété par un score d'esprit globalement plus bas. Toutefois, le codage global devrait permettre de saisir l'ensemble ou la « gestalt » de l'adhérence du clinicien à l'esprit motivationnel, sans que les diverses composantes soient désignées séparément.

A quoi cela ressemble-t-il ? Exemples de cliniciens plus ou moins adhérents à l'esprit motivationnel :

Adhérence idéale

La **collaboration** est apparente lorsque les cliniciens négocient avec leurs patients et évitent de prendre une position autoritaire. Les cliniciens collaborant montrent du respect pour une variété d'idées sur la manière dont le changement peut se faire et peuvent accepter des différences entre leurs propres objectifs idéaux et ceux auxquels les patients sont d'accord d'adhérer. Ils évitent la persuasion et se focalisent plutôt sur le soutien et l'exploration des inquiétudes et des idées du patient. Ces cliniciens évitent les rapports de force et considèrent leurs patients comme des partenaires.

L'**évocation** apparaît clairement lorsque les cliniciens s'appliquent à faire parler les patients de leurs idées plutôt qu'à les éduquer ou à donner leur propre opinion sans que le patient la leur ait demandé. Ils laissent à leur patient le bénéfice du doute quant à leur volonté de changer et portent leur attention aux désirs et raisons qui amèneraient un patient à vouloir changer. Les cliniciens permettant l'évocation veulent surtout aider leurs patients à s'entendre dire les raisons qui devraient ou pourraient les faire changer de comportement.

Les cliniciens qui **soutiennent l'autonomie** peuvent accepter que le patient ne veuille pas changer. Ces cliniciens se concentrent sur les changements spécifiques de comportement mais ne poussent pas le patient à se décider immédiatement en faveur d'un changement, adoptant plutôt l'attitude d'une « vision à long terme », d'un changement possible dans l'avenir. Ils montrent qu'ils ont compris que les paramètres-clés pour un changement se trouvent au sein du patient et ne peuvent pas lui être imposés par quelqu'un d'autre.

Adhérence faible

Le **manque de collaboration** apparaît clairement lorsqu'un clinicien confronte son patient à son propre point de vue. On perçoit la prise de position rigide et autoritaire de l'intervenant.

Peu d'efforts vont dans le sens d'inclure les idées du patient sur comment un changement peut être fait. Ces cliniciens essaient de persuader leur patient de la nécessité de changer. Ils considèrent leur patient comme déficitaire d'une manière ou d'une autre et essaient de leur fournir ce qui leur manquerait en se plaçant volontiers dans la position d'expert.

Une **faible évocation** est clairement visible lorsqu'un clinicien néglige la *tâche-clé* qui est d'aider le patient à verbaliser son besoin de changement. Ces cliniciens peuvent se montrer suspicieux et cyniques à l'égard des manifestations du désir de changement de leurs patients.

Ils se concentrent volontiers sur l'information qu'ils donnent au patient, sur l'éducation du patient, ou s'appliquent à leur donner des raisons logiques en faveur d'un changement de comportement, plutôt que d'organiser un entretien qui permettrait au patient lui-même d'évoquer le changement.

Les cliniciens laissant **peu d'autonomie** à leurs patients acceptent mal que ces derniers puissent ne pas vouloir changer, reportent le changement à plus tard ou proposent une méthode de changement peu conventionnelle. Ils expriment un sentiment d'urgence par rapport à la nécessité d'un changement.

Comment différencier l'esprit EM d'autres types d'attitudes ?

L'esprit motivationnel ne doit pas être confondu avec la sympathie, le rôle d'expert, l'acquisition de compétences, la recherche de motivations inconscientes ou la guidance spirituelle. Ainsi, un clinicien peut :

-Se sentir triste de voir qu'un patient a autant de soucis sans pour autant reconnaître qu'il est capable de les résoudre (sympathie vs EM)

-Etre capable de donner de très bons conseils au patient sans prendre la peine de savoir ce que lui en a déjà pensé (rôle d'expert vs EM)

-Aider le patients à remplacer les pensées ou croyances irrationnelles à propos du bénéfice d'une consommation mal adaptée plutôt que d'explorer les récompenses perçues par le patient (acquisition de compétences vs EM)

-Chercher à interpréter la fonction d'un comportement X dans le cadre du développement et des vicissitudes du patient plutôt que de chercher à voir les contradictions entre ce comportement et les valeurs et objectifs actuels du patient (recherche de motivations inconscientes vs EM)

-Encourager le patient à reconnaître ou à contacter des forces spirituelles qui l'assisteraient dans son changement plutôt que de pratiquer une écoute réflexive qui permettrait de voir sur quelles forces ou succès personnels il peut déjà s'appuyer maintenant (guidance spirituelle vs EM)

D. DECOMPTE DES COMPORTEMENTS

« Longtemps ma devise a été de penser que les petites choses étaient infiniment plus importantes que les grandes »

Sherlock Holmes; Une affaire d'identité

A. Conan Doyle (1892)

Le décompte des comportements a pour but de saisir différents comportements spécifiques sans s'intéresser à savoir s'ils correspondent à l'impression générale de la façon dont l'EM est utilisé par l'intervenant. Alors que le contexte général des échanges influencera quelque peu le codeur, le décompte des comportements est en

fait le résultat de règles de catégorisations et de décisions (plutôt que de la tentation de saisir une impression générale).

Se reposer sur des déductions interprétatives dans le cadre du décompte des comportements est quelque chose qui devrait être évité.

Subdiviser le discours de l'intervenant pour lui assigner des codes de comportement

Une "unité de pensée" (*utterance*) est définie comme une pensée complète. Une unité de pensée se termine lorsqu'une pensée est exprimée jusqu'à sa fin. Une nouvelle unité de pensée commence lorsqu'une nouvelle idée apparaît. Une unité de pensée peut succéder à une autre dans le flux verbal de l'intervenant au sein d'une phrase qui comporte plusieurs idées.

Une réponse du patient termine toujours une unité de pensée de l'intervenant. De ce fait, la prochaine réplique de l'intervenant introduit une nouvelle unité de pensée. Toutes les unités de pensée de l'intervenant ne seront pas codées. Contrairement au MISC, le MITI n'établit pas une liste exhaustive de tous les codes possibles. Ainsi, certaines unités de pensée de l'intervenant vont rester non codées. Même si les éléments codés ne sont pas exhaustifs, ils sont mutuellement exclusifs, une même unité de pensée ne sera codée qu'une fois.

A chaque unité de pensée est attribuée un des 6 codes de comportements. Comme mentionné auparavant, une unité de pensée reçoit un code et un seul : la même unité de pensée ne reçoit pas plus d'un code. Toutefois, des unités de pensée consécutives se situant dans la même phrase peuvent recevoir *chacune* un code différent. Ainsi, dans un discours assez long au cours duquel le clinicien reflète, puis confronte, puis pose une question, chacune de ses interventions doit être codée comme une unité de pensée séparée.

Une volée (*volley*) définit une séquence ininterrompue d'unités de pensée de l'intervenant. Une fois qu'un code est attribué à une volée, il ne doit pas être réutilisé dans la même volée. Une volée ne peut comporter qu'un seul code pour chaque comportement.

Voyons la déclaration suivante d'un intervenant :

« Laissez-moi vous demander: depuis que vous avez été forcé à venir ici, depuis que vous vous sentez comme si quelqu'un s'acharnait sur vous et que de plus en plus de gens s'acharnent sur vous par rapport à votre consommation, qu'aimeriez-vous faire de ce temps que vous avez à passer ici ? Qu'est-ce qui pourrait vous être utile ? »

Cette déclaration est subdivisée de la manière suivante :

Première unité de pensée : *« Laissez-moi vous demander : depuis que vous avez été forcé à venir ici, depuis que vous vous sentez comme si quelqu'un s'acharnait*

sur vous et que de plus en plus de gens s'acharment sur vous par rapport à votre consommation, »

Deuxième unité de pensée : *« qu'aimeriez-vous faire de ce temps que vous avez à passer ici ? Qu'est-ce qui pourrait vous être utile ? »*

Voyons cette autre déclaration d'un intervenant :

« Ce que vous dites est tout à fait vrai, c'est à vous de décider. Personne ne fera ce choix à votre place. Personne ne peut faire ce choix à votre place. Même si votre femme ou votre employeur ou moi-même voulions décider pour vous, nous ne le pourrions pas. C'est vraiment votre propre choix. Ce que vous faites de votre vie, ce que vous faites ou non avec les drogues, ce vers quoi vous vous dirigez, ça vous appartient. Et je vous entends vous battre avec cette question « qu'est-ce que je veux ? Est-ce le moment pour moi de changer ? Ce test de dépistage des drogues est-il un signe pour que je me réveille ? »

Nous l'avons subdivisée ainsi :

Première unité de pensée : *« Ce que vous dites est tout à fait vrai, c'est à vous de décider. Personne ne fera ce choix à votre place. Personne ne peut faire ce choix à votre place. Même si votre femme ou votre employeur ou moi-même voulions décider pour vous, nous ne le pourrions pas. C'est vraiment votre propre choix. Ce que vous faites de votre vie, ce que vous faites ou non avec les drogues, vers quoi vous vous dirigez, ça vous appartient. »*

Deuxième unité de pensée : *« Et je vous entends vous battre avec cette question « qu'est-ce que je veux ? Est-ce le moment pour moi de changer ? Ce test de dépistage des drogues est-il un signe pour que je me réveille ? »*

Codes des comportements

1. Donner de l'information (DI)

Cette catégorie est utilisée quand l'intervenant donne de l'information, éduque, donne du feedback ou donne son avis personnel. Lorsque l'intervenant donne son avis sans donner de conseil, cette catégorie doit être utilisée. Il n'y a pas de sous-codes pour cette catégorie. Des exemples spécifiques d'information donnée incluent :

1a. Donner un feedback après l'utilisation d'outils d'évaluation

« Vous avez indiqué une consommation d'environ 18 verres standards par semaine. Ceci vous place au 96ème percentile concernant la consommation d'alcool des hommes américains » (donner de l'information)

1b. Avis personnel donné à un patient qui n'est pas encore en traitement chez vous

« Votre médecin m'a dit que vous vous battez avec vos contrôles de glycémie » (donner de l'information)

« J'ai parlé avec votre femme et elle m'a dit qu'elle s'inquiétait vraiment de votre consommation » (donner de l'information)

1c. Exprimer des idées ou concepts relatifs à l'intervention

Ce travail à domicile au sujet de vos craving est important parce que nous savons que le craving induit souvent des rechutes. Un craving peut être comme une sonnette d'alarme qui vous dirait de faire les choses différemment.

1d. Information à propos d'un sujet

« Les personnes qui mangent 5 fruits ou légumes par jours diminuent le risque d'avoir un cancer de 5 fois. Pour le cancer du côlon, le risque est encore d'avantage diminué. » (Donner de l'information)

« Si je me rends compte que vous avez rechuté, je serai obligé de le dire à votre officier de probation » (Donner de l'information) (un codeur pourrait considérer ceci comme une non-adhérence à l'EM)

Les codeurs ne doivent pas distinguer entre ces quatre types. Une fois que le codeur a décidé d'attribuer un comportement à la catégorie "Donner de l'information", il ne doit pas le décrire davantage.

Différence entre « Donner de l'information » et « Ne pas adhérer à l'EM » : donner de l'information ne doit pas être confondu avec donner un conseil, menacer, confronter ou diriger.

« Vous disiez pendant l'évaluation que vous consommez habituellement 18 verres standards par semaine. Ceci dépasse de beaucoup ce que vous appelez une consommation sociale » (EM non-adhérent, jugement).

« Suivez la progression de vos craving en utilisant ce carnet et apportez-le la semaine prochaine pour qu'on en discute » (directif).

« Bon, vous ne mangez que 2 fruits par jour si on en juge d'après ce tableau, alors que vous disiez en manger 5. C'est facile de se décevoir soi-même, hein ? » (confrontation)

« Ça a marché pour moi et ça marchera pour vous si vous essayez. Il faut juste que nous trouvions la bonne réunion AA pour vous. Vous êtes juste mal tombé ».
(conseil)

A. Questions

2a. Questions fermées (QF)

Ce code est choisi lorsque l'intervenant pose une question à laquelle le patient peut répondre par « oui » ou par « non ».

*« Avez-vous pris de l'héroïne cette semaine ? »
« Avez-vous mangé 5 fruits et légumes cette semaine ? »
« Avez-vous eu des problèmes de mémoire ? »*

On utilise également ce code lorsque la question permet seulement une réponse restrictive ou pour coder les questions d'un questionnaire.

*« Combien de temps avez-vous pris de l'héroïne ? »
« Combien de fruits et légumes avez-vous mangé cette semaine ? »
« Qui est le président des USA ? »*

2b. Questions ouvertes (QO)

On code « Question ouverte » lorsque la question de l'intervenant offre l'opportunité d'y répondre de façon étendue. La question génère de l'information ou permet au patient de donner son point de vue ou de l'explorer lui-même. La question ouverte offre des surprises à l'intervenant.

« Pouvez-vous m'en dire un peu plus » est codé en tant question ouverte à moins qu'elle soit exprimée sur un ton directif ou confrontant.

*« Pouvez-vous me dire comment se sont déroulées vos envies d'héroïne depuis la dernière fois qu'on s'est vu ? »
« Pourriez-vous me parler de votre consommation de fruits et légumes de cette semaine ? »
« Comment pensez-vous aborder ce problème ? »*

En général, les questions enchaînées (avant que le patient ait le temps de répondre) sont codées comme une seule question. Parfois, le thérapeute enchaîne les questions en posant d'abord une question ouverte, puis en proposant plusieurs exemples de réponses au patient.

Ces questions seront codées comme une seule question ouverte (pas comme une question ouverte et 2 questions fermées).

« De quelle manière votre consommation d'alcool vous a-t-elle posé problème ? A-t-elle par exemple posé problème dans le cadre de vos relations ou de votre situation financière ? Ou a-t-elle posé des problèmes de justice ou de santé ? Vous êtes-vous senti mal avec cela? » .

2c. Questions qui tendent vers un reflet

Parfois, l'intervenant essaie de faire un reflet qui se termine cependant par une inflexion de voix interrogative (donnant l'impression qu'il s'agit d'une question). Ce type d'intervention est codé comme une question (ouverte ou fermée), PAS comme un reflet.

B. Reflet

Cette catégorie est sensée saisir les interventions d'écoute réflexive faites par l'intervenant *en réponse* à une intervention du patient. Un reflet peut apporter un autre sens ou davantage d'information, mais il vise essentiellement à saisir et à retourner au patient quelque chose qu'il vient de dire. Les reflets sont séparés en 2 catégories, simples ou complexes.

3a. Reflet simple (**Rs**)

Les reflets simples témoignent de la capacité de compréhension de l'intervenant ou facilitent les échanges patient/intervenant. Ils ne sont pas porteurs ou amplificateurs du sens (ou emphase) de ce que le patient vient de dire. Un reflet simple peut accentuer une émotion très importante ou intense du patient, mais ne va pas plus loin que le propos original du patient.

Les résumés de plusieurs propos du patient fait par un intervenant peuvent être codés comme un seul reflet simple *si* l'intervenant n'utilise pas ce reflet pour ajouter une nouvelle direction ou un nouveau sens au propos initial.

3b. Reflet complexe (**Rc**)

Les reflets complexes ajoutent clairement une nouvelle direction ou un nouveau sens au propos initial du patient. Ils visent à donner de ce propos une vision plus approfondie et plus complexe. Parfois l'intervenant accentue une partie du propos du patient pour en soulever l'importance ou pour modifier la direction que prend la discussion. L'intervenant peut enrichir le contenu du propos en faisant ressortir les subtilités ou des évidences par de-là les mots du patient. Il peut aussi combiner plusieurs propos du patient pour en faire un résumé dont la nature apparaît complexe.

Amende pour excès de vitesse

Patient : « *c'est sa 3ème amende pour excès de vitesse en 3 mois. Notre assurance va bientôt sortir de ses gonds. Je pourrais la tuer. Elle ne se rend pas compte que nous aurions besoin de cet argent pour autre chose ?* »

Intervenant : « *Vous êtes hors de vous pour cela.* » (reflet simple)

Intervenant : « *C'est vraiment le comble pour vous.* » (reflet complexe)

Contrôle de la glycémie

Intervenant : « *Vous a-t-on déjà informé à propos du contrôle de la glycémie ?* »

Patient : « *Vous plaisantez ? J'ai suivi tous les cours, j'ai les vidéos, je reçois la visite de l'infirmière à domicile. J'ai reçu toute sorte de conseils sur comment faire pour mieux faire, mais je ne le fais pas. Je ne sais pas pourquoi. Peut-être qu'au fond de moi je veux mourir, vous savez.* »

Intervenant : « *Vous êtes très découragé à ce propos.* » (reflet simple)

Intervenant : « *Vous n'avez pas encore fait l'effort maximal dont vous êtes capable.* » (reflet complexe)

L'indépendance de ma mère

Patient : « *Ma mère me rend fou. Elle dit qu'elle veut rester indépendante, mais elle m'appelle 4 fois par jour pour me raconter des banalités. Et ensuite, elle s'énerve quand je lui donne des conseils.* »

Intervenant : « *La situation est tendue avec votre mère.* » (reflet simple)

Intervenant : « *Vous avez la tâche difficile de comprendre ce que votre mère attend vraiment de vous.* » (reflet complexe)

Intervenant : « *Avez-vous de la peine à comprendre ce qu'elle attend de vous ?* » (question fermée)

Intervenant : « *Que pensez-vous que votre mère attend de vous vraiment ?* » (question ouverte)

3c. REGLE DECISIONNELLE : quand un codeur n'arrive pas à choisir entre un reflet simple ou complexe, il choisira le reflet simple par défaut.

3d. Enchaînement Reflet – Question

Parfois l'intervenant commence avec un reflet et poursuit par une question (ouverte ou fermée) pour vérifier la validité de son reflet. Les 2 éléments doivent être codés.

« *Ainsi vous ne voulez plus jamais prendre de l'héroïne. Est-ce juste ?* » (Reflét, Question fermée)

« *Votre patron vous a dit que vous ne pourrez plus faire d'heures supplémentaires. Comment allez-vous faire ?* » (Reflét, Question ouverte)
3e Reflét tourné en question

Occasionnellement, l'intervenant fait une intervention qui a les critères d'un reflét, mais qui se termine par une inflexion de la voix qui en fait une question. Ces interventions sont codées comme des questions (fermées ou ouvertes), PAS comme des refléts (cf 2c.)

C. Adhérence à l'EM (Adh-EM)

Cette catégorie est utilisée pour saisir les attitudes de l'intervenant qui sont compatibles avec les techniques enseignées pour l'approche motivationnelle. Les codeurs auront tendance à coder des exemples de pratique motivationnelle qui paraissent particulièrement bons, même s'ils ne collent pas exactement avec la technique. A la place, le codeur devrait les mettre dans la catégorie « Empathie » ou « Esprit motivationnel » du codage global et réserver le code « Adhérence à l'EM » seulement aux comportements désignés par ce code. Cette catégorie comprend :

4a. Demander la permission avant de donner un conseil ou une information ou demander ce que le patient sait déjà sur un sujet *avant* de lui donner conseil ou information. Cette demande de permission est implicite lorsque le patient demande lui-même une information ou un conseil auquel le thérapeute répond. Il existe aussi des formes indirectes de demandes de permission, par exemple si le thérapeute invite le patient à ne pas forcément tenir compte de son conseil.

« *J'ai quelques informations sur la manière de réduire le risque du cancer du côlon et je me demande si on pourrait en parler ensemble.* » (Adhérence à l'EM)

« *Que vous a-t-on déjà dit au sujet de la consommation d'alcool pendant la grossesse ?* » (Adhérence à l'EM)

« *Peut-être que cela ne vous conviendrait pas, mais certains de mes patients utilisent l'alarme de leur montre pour se rappeler d'examiner leur glycémie 2 heures après le repas* » (Adhérence à l'EM)

Note : si la permission a été demandée avant que le conseil ait été donné, on n'utilise pas le code *non*-adhérent pour le conseil qui suit. On code l'ensemble de la séquence dans la catégorie Adhérence à l'EM.

4b. Valoriser le patient en faisant un commentaire positif ou en le félicitant. Valoriser peut aussi prendre la forme d'un commentaire sur les ressources du patient, ses compétences et les efforts qu'il fait dans différents domaines (pas seulement par rapport au comportement ciblé).

« *Vous êtes le genre de personnes qui allez au bout des choses dès le moment où vous vous êtes décidé à faire quelque chose.* » (Adhérence à l'EM)
« *C'est important pour vous d'être un bon parent, comme les vôtres l'ont été pour vous.* » (Adhérence à l'EM)

4c. Valoriser l'autonomie personnelle du patient, sa liberté de choisir, sa capacité à décider.

« *Oui, vous avez raison. Personne ne peut vous forcer à arrêter de boire.* » (Adhérence à l'EM)

« *Vous êtes celui qui se connaît le mieux ici. Que pensez-vous qu'il faudrait faire dans le cadre de ce traitement ?* » (Adhérence à l'EM)

« *C'est vous qui décidez de la quantité de fruits et légumes que vous allez manger.* » (Adhérence à l'EM)

« *Vous avez une bonne idée à ce sujet!* » (Adhérence à l'EM)

4d. Soutenir le patient par des interventions de compassion ou de sympathie.

« *Avec ces problèmes de parking et cette pluie, il n'a pas dû être facile de venir ici.* » (Adhérence à l'EM)

« *Je sais qu'il est vraiment difficile d'arrêter de boire.* » (Adhérence à l'EM)

« *Oui, vous avez vraiment beaucoup de soucis en ce moment.* » (Adhérence à l'EM)

On n'utilise pas de sous-codes pour les comportements d'adhérence à l'EM. Le codeur doit simplement les identifier comme appartenant à cette catégorie et leur assigner le code Adhérence à l'EM.

4e. REGLE DECISIONNELLE : on donne la priorité au code Adhérence à l'EM si le propos tombe *clairement* dans cette catégorie. En cas de doute, un autre code peut être utilisé (p.ex. Question Ouverte ou Reflet).

D. Non-adhérence à l'EM (NAdh-EM)

Cette catégorie vise à saisir les attitudes de l'intervenant qui ne sont pas compatibles avec l'approche motivationnelle. On n'utilise pas de sous-codes pour les comportements de non adhérence à l'EM. Le codeur doit simplement les identifier comme appartenant à cette catégorie et leur assigner le code Non-adhérence à l'EM.

5a. Donner un conseil sans en avoir obtenu la permission en suggérant ou offrant des solutions sans que le patient l'ait permis. Souvent, le langage utilise des mots comme : vous devriez, pourquoi ne feriez-vous pas, essayez, vous pourriez, et si... etc. Notez que si l'intervenant demande *préalablement* la permission, on code différemment.

« *Pourquoi n'essayez-vous pas de faire les trajets avec un ami ?* » (Non-adhérence à l'EM)

« *Examiner votre glycémie 5 fois par jour c'est ce qu'il y a de mieux pour commencer.* »
(Non-adhérence à l'EM)

« *C'est peut-être moins terrible que ce que vous imaginez. D'habitude les gens sont civilisés, si on leur donne la chance de l'être.* » (Non-adhérence à l'EM)

5b. Confronter le patient par un désaccord direct et sans ambiguïté, argumenter, corriger, humilier, blâmer, critiquer, étiqueter, ridiculiser, recourir à un discours moralisateur ou remettre en question son honnêteté. De telles interventions peuvent donner lieu à des montées en symétrie qui s'accompagnent d'une désapprobation ou d'une attitude négative. Sont incluses des interventions où l'intervenant utilise une question ou un reflet clairement émis sur un ton confrontant.

Reformuler une information déjà connue du patient ou révélée par lui peut être soit un reflet soit une confrontation. La plupart des confrontations peuvent être correctement codées en prêtant une attention soigneuse au ton de la voix et au contexte.

« *Vous preniez de l'Antabus tout en continuant à consommer ?* » (Non-adhérence à l'EM)

« *Vous pensez que c'est une façon de traiter les gens qu'on aime ?* » (Non-adhérence à l'EM)

« *Vous, vous êtes alcoolique. Vous ne le pensez pas, mais vous l'êtes* » (Non-adhérence à l'EM)

« *Attendez une minute, votre hémoglobine glyquée est à 12. Je suis désolé, mais il n'est pas possible que vous ayez compté vos hydrates de carbones comme vous le dites, si c'est si haut.* » (Non-adhérence à l'EM)

5c. Diriger le patient en lui donnant des ordres, des impératifs, en le commandant. Ce type de formulation est impérative :

« *Ne faites pas cela !* » (Non-adhérence à l'EM)

« *Ramenez ces devoirs la semaine prochaine.* » (Non-adhérence à l'EM)

« *Pour vous, il est nécessaire d'aller à 90 rencontres sur 90 jours.* » (Non-adhérence à l'EM)

Encore une fois, les codeurs ne doivent pas sous-catégoriser les comportements de non-adhérence à l'EM. Une fois que le codeur a décidé qu'il s'agit d'un comportement confrontant ou directif (ou de quelque chose qui se rapproche des autres comportements qui entrent dans cette catégorie), il lui assigne le code non adhérence à l'EM et continue le codage.

5d. REGLE DECISIONNELLE : Le code Non-adhérence à l'EM est choisi en priorité si la séquence tombe *clairement* dans cette catégorie. En cas de doute, un autre code (p.ex. donner de l'information) devrait être donné.

Accès de colère

Patient : « *Que pensez-vous que je devrais faire avec ces accès de colère de mon enfant? C'est vous le médecin.* »

Intervenant : « *Résoudre ceci seule ne vous a pas réussi, ainsi vous vous êtes enfin décidée à demander de l'aide.* »(Non-adhérence à l'EM)

Patient : « *Que pensez-vous que je devrais faire avec ces accès de colère de mon enfant? C'est vous le médecin.* »

Intervenant : « *Votre enfant est normal. Il ne s'agit pas d'accès de colère.* » (Non adhérence à l'EM)

E. CHOISIR LA LONGUEUR ET LE TYPE DU SEGMENT CODE

Le MITI a été développé pour l'utilisation de segments de 20 minutes d'enregistrement d'une séance de thérapie. On peut aussi l'utiliser pour des segments plus longs (par exemple pour toute la séance). Nous tenons pourtant à avertir qu'une prolongation de la durée du temps de codage s'accompagne de :

- 1) la difficulté de la part du codeur à avoir une concentration soutenue
- 2) la difficulté à maintenir un jugement global avec l'acquisition de (trop) nombreuses données et
- 3) de difficultés logistiques à obtenir du temps pour un travail ininterrompu au cours d'une journée de travail chargée.

De la même façon, bon nombre de nos données proviennent de l'utilisation d'enregistrements audio plutôt que vidéo. Le MITI peut être utilisé pour coder des enregistrements vidéo, mais ne devrait pas être transformé pour le recueil d'informations visuelles.

F. SCORES ABREGES DU MITI

Parce que les indicateurs de la pratique de l'EM ne sont pas parfaitement saisis par un simple décompte de fréquence, nous avons trouvé que plusieurs domaines d'application de l'EM étaient mieux évalués par des scores composites que par le simple décompte des codes. Par exemple, le rapport entre les reflets et les questions donne une mesure concise d'un processus important de l'EM. Ci-dessous se trouve une liste partielle de scores composites qui servent de mesures pour déterminer les compétences dans l'application de l'EM, ainsi que les formules pour les calculer.

% Reflets Complexes (%RC) = $RC / \text{Reflets totaux}$

% Questions Ouvertes (%QO) = $QO / (QO + QF)$

Reflet / Proportion de Questions (R / Q) = $\text{Reflets totaux} / (QF + QO)$

% Adhérence à l'EM (%Adh-EM) = $\text{Adh-EM} / (\text{Adh-EM} + \text{NAdh-EM})$

G. STRATEGIES D'ENTRAINEMENT POUR LE MITI

Donne-moi une erreur en tout temps féconde, pleine de semences, qui jaillirait avec ses propres corrections
Pareto (1848 – 1923)

L'entraînement des codeurs vers la compétence, mesurée par la fiabilité inter-juge et compatible avec une valeur gold standard nécessite habituellement un processus d'apprentissage par étape. Nous nous sommes rendu compte que les codeurs ont intérêt à commencer par des tâches simples et à ne passer à des tâches plus complexes qu'au moment où les tâches simples sont bien intégrées. Nous recommandons de commencer par les tâches du niveau I jusqu'à atteindre une fiabilité standard avant de passer au niveau II. Dès que la fiabilité standard est atteinte pour les niveaux I et II le codeur peut se familiariser avec le niveau III. L'auto-entraînement par relecture de textes sur l'EM et par la visualisation de vidéos peut se faire en tout moment (Peut-être même avant de commencer le niveau I).

L'utilisation d'un matériel transcrit pré-codé standardisé va permettre d'aider le codeur dans l'évaluation de ses compétences et des domaines où il devrait s'améliorer. Nous nous sommes rendus compte que les codeurs rencontrent souvent des difficultés dans tel ou tel domaine bien précis, ce qui nécessite une focalisation

plus spécifique. Les domaines problématiques peuvent être identifiés par l'utilisation de transcriptions standardisées ressemblant à un quiz, existant pour chaque niveau. Souvent, il faut plus d'un quiz par niveau.

Nous savons qu'un codeur a souvent besoin de 40 heures d'entraînement pour atteindre une fiabilité inter-juge en utilisant le MITI.

De plus, des sessions de codage régulières (probablement hebdomadaires) seront nécessaires pour éviter toute dérive. L'expérience clinique (être un médecin/psychologue) n'a pas semblé être un prédicteur d'une plus grande facilité dans l'entraînement ni de meilleures compétences dans nos laboratoires.

Compétences de Niveau I : subdivision des Unités de pensée, Donner de l'information, questions ouvertes et fermées

Compétences de Niveau II : ajouter Reflets, Adh-EM et NAdh-EM

Compétences de Niveau III : ajouter les Scores globaux

Ci-dessous les compétences et seuils de compétences recommandés pour les cliniciens, basés sur le système de codage MITI. Notez que ses seuils sont basés sur l'opinion d'EXPERTS et qu'il manque à l'heure actuelle des données normatives ou d'autres données validées pour les soutenir. Nous sommes maintenant en train de rassembler des données normatives pour le MITI. En attendant que ces données soient disponibles, ces seuils devraient être utilisés conjointement avec d'autres données permettant d'évaluer les compétences et capacités des cliniciens dans la pratique de l'EM.

Décompte des comportements ou seuils de scores totaux	Débutants	Entraînés
Scores globaux du thérapeute	5	6
Rapport Reflets / Questions (R/Q)	1	2
Pourcentage de Questions Ouvertes (%QO)	50%	70%
Pourcentage de Reflets Complexes (%RC)	40%	50%
Pourcentage d' EM Adhérents(% Adh-EM)	100%	90%

Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI)
Feuille de codage

Enregistrement N° _____ Codeur _____ Heure _____

SCORES GLOBAUX

Empathie/ Compréhension		1 bas	2	3	4	5	6 élevé	7
Esprit		1 bas	2	3	4	5	6 élevé	7

DECOMPTE DES COMPORTEMENTS

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

Première
phrase: _____

Dernière
phrase: _____

Liste des codes MITI

EMPATHIE	(Score global d'empathie)
ESPRIT	(Score global de l'Esprit EM)
DI	(Donner de l'Information)
Adh-EM	(Adhérence à l'EM)
NAdh-EM	(Non-Adhérence à l'EM)
QO	(Question Ouverte)
QF	(Question Fermée)
Rs	(Reflet simple)
Rc	(Reflet complexe)

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

« Par délibération de son conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propre à leurs auteurs. »

VU, le Président de Jury

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'Imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 décembre 1973

Pour la Présidente
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen