N° d'ordre :

ANNÉE 2016

UNIVERSITÉ DE RENNES 1

UNIVERSITE BRETAGNE LOIRE

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Nicolas DÉLOS

Né le 1er août 1985 à Poitiers

Évaluation des connaissances et des pratiques en entretien motivationnel, en médecine générale, dans le département du Morbihan

Etude quantitative descriptive auprès de 19 médecins généralistes morbihannais en décembre 2015

Thèse soutenue à RENNES le 8 novembre 2016

devant le jury composé de :

Romain MOIRAND
Professeur - CHU Rennes / Président

Gabriel ROBERT
Maitre de conférence – CH Guillaume Regnier / *rapporteur*

Eric MENER
Professeur associé – CHU Rennes / *examinateur*

Françoise TATTEVIN
Professeur associé – CHU Rennes / *examinateur*

Hélène BAUDRY-LAMY
Docteur - Damgan / *directrice de thèse*

Faculté de médecine rennes 1
Professeurs Universitaires, Maitres de Conférences Universitaires

1. Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités en surnombre	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CHALES Gérard Professeur des Universités émérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités émérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur des Universités associé	Pédopsychiatrie; addictologie

DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DELAVAL Philippe	Pneumologie; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités émérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Maryannick	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MALLEDANT Yannick	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOULINOUX Jacques	Biologie cellulaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
POULAIN Patrice	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire

SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillisement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
THIBAULT Ronan	Nutrition
THIBAULT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERGER ChristianProfesseur des Universités émérite	Médecine et santé au travail
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

2. Maitres de conférences des universités – Praticiens hospitaliers

AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie

DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELINE Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LE RUMEUR Elisabeth	Physiologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Raphaël	Cardiologie
MASSART Catherine	Biochimie et biologie moléculaire
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MENER Eric	Médecine générale
MILON Joëlle	Anatomie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
MYHIE Didier	Médecine générale
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
ROPARS Mickaël	Anatomie
SAULEAU Paul	Physiologie
TADIÉ Jean-Marc	Réamination; médecine d'urgence
TATTEVIN-FABLET Françoise	Médecine générale
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
VINCENT Pascal	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

Remerciements

Merci au Professeur Moirand de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury et merci aux Docteur Robert, au Docteur Mener et au Docteur Tattevin de m'avoir fait l'honneur d'être membre du jury.
Merci de l'attention que vous avez portée à mon sujet.

Merci au Docteur Baudry-Lamy de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse, de l'avoir assumée jusqu'à son terme malgré les difficultés et de m'avoir partagé son experience.

Merci au Docteur Corpet pour son aide précieuse concernant l'analyse statistique des résultats.

Merci aux membres de l'AFDEM qui m'ont aidé dans la relecture et l'enrichissement du questionnaire.

Merci à tous les médecins qui ont accepté de participer à l'étude ainsi qu'à tous ceux qui ont contribué d'une quelconque façon, à ce travail et à mon avenir de médecin.

Merci à tous les médecins qui m'ont encadré durant mon internat et ont contribué à ma formation et à mon épanouissement, ainsi qu'aux membres des équipes médicales et paramédicales qui m'ont aidé sur ce cheminement.

Merci tout particulièrement aux médecins généralistes de mes stages ambulatoires qui ont su me mettre en confiance, partager leur expérience et développer mon attrait pour ce merveilleux métier.

Merci aux médecins et aux équipes médicale de la vallée de l'Aude pour leur accueil chaleureux depuis 2 ans et pour l'invitation à participer à ce beau projet de maison de santé.

Merci aux amies et amis des bancs de P1 à l'internat, avec qui j'ai grandi, et tant partagé sur le plan humain et professionnel. Je sais que l'on pourra toujours compter les uns sur les autres pour échanger, partager et s'éclairer mutuellement.

Merci à ma famille, belle famille et amis du midi, pour leur amour et leur soutien, je suis riche de vous.

Merci à ma Mimi, pour ton amour, ton écoute bienveillante, ta tendresse et ton soutien. Il nous reste encore tellement de projets à rêver et à vivre ensemble et désormais cela se fera à trois, avec notre petit Erwan, je vous aime.

Table des matières

Liste des figures 11

Liste des tableaux 12

Liste des abréviations 13

1. Introduction 14

1.1 Définition de l'entretien motivationnel 15

1.2 Historique et fondements théoriques 17

1.2.1 Le modèle transthéorique des stades du changement 17
1.2.2 La balance décisionnelle 19
1.2.3 Le sentiment d'efficacité personnelle 20
1.2.4 La théorie de la motivation à l'autoprotection 21
1.2.5 La théorie de la réactance psychologique 21
1.2.6 La théorie de la protection du soi 21

1.3 Les concepts de base de l'entretien motivationnel 22

1.3.1 L'écoute empathique 22
1.3.2 Eviter le réflexe correcteur 22
1.3.3 Développer les divergences 24
1.3.4 Nourrir le sentiment d'efficacité personnelle 24

1.4 Stratégies de l'entretien motivationnel : OUVER 24

1.4.1 Poser des questions **Ou**vertes 24
1.4.2 **V**aloriser 24
1.4.3 **E**coute réflective 25
1.4.4 **R**ésumer 25

2. Matériel et méthodes 26

2.1 Type d'étude 26
2.2 Population étudiée 26
2.3 Diffusion du questionnaire 27
2.4 Considérations éthiques 27
2.5 Recueil et Analyse des données 27

2.5.1 Codage des questions 27
2.5.2 Exploitation des données 28

3. Résultats 29

3.1 Recueil des réponses 29

3.2 Profil de la population étudiée 29

3.2.1 Répartition hommes-femmes 29
3.2.2 Répartition par tranche d'âge 30
3.2.3 Faculté d'origine 31
3.2.4 Année de première installation 32
3.2.5 Milieu d'exercice 33
3.2.6 Nombre de consultations journalières 34
3.2.7 Exercices particuliers 34

3.3 Prise en charge des changements de comportement et connaissance de l'entretien motivationnel 34

3.3.1 Appréciation des capacités d'aide au changement 35
3.3.2 Formation à l'aide au changement 36
3.3.3 Connaissance des EM 37
3.3.4 Vecteurs de découverte 39
3.3.5 Champs d'applications envisageables de l'EM 40
3.3.6 Formation aux EM 41
3.3.7 Moyens de formation 43
3.3.8 Intervenants de santé pouvant trouver un intérêt à la pratique des EM. 44

3.4 Pratique de l'entretien motivationnel 45

3.4.1 Recours aux principales méthodes de l'EM 45
3.4.2 Pratique de l'entretien motivationnel 46
3.4.3 Intérêt pour la pratique de l'EM 48
3.4.4 Temps de pratique 49
3.4.5 Fréquence de pratique 50
3.4.6 Champs d'application 51
3.4.7 Influence sur le temps de consultation 52
3.4.8 Apports des EM à la pratique de médecine générale 53
3.4.9 Freins à l'utilisation de l'EM 54
3.4.10 Confiance dans la poursuite de la pratique 55
3.4.11 Intérêt à la formation 56
3.4.12 Méthodes de formation à l'EM souhaitées par les praticiens 57
3.4.13 Besoins ciblés de formation à l'EM 58

4. Discussion 59

4.1 Taux de réponse 59

4.2 Population 59

4.2.1 Âge et sexe 59
4.2.2 Faculté de formation 60
4.2.3 Capacités d'aide aux changements de comportement 60

4.3 Connaissance de l'entretien motivationnels 60

4.3.1 Champs d'application de l'EM 61
4.3.2 Formation aux EM 62

4.4 Pratique de l'entretien motivationnel 65

4.4.1 Apports de l'EM dans pratique médicale 67
4.4.2 Influence sur le temps de consultation 68
4.4.3 Les freins à la pratique de l'EM 69

5. Conclusion 71

Permis d'imprimer 73

6. Bibliographie 74

Annexes 77

1. Questionnaire 77

Liste des figures

Figure 1 - Chaine causale de l'Entretien motivationnel 16
Figure 2 - Les 6 stades du changement. 18
Figure 3 - La balance décisionnelle. 20
Figure 4 - Répartition hommes-femmes. 29
Figure 5 - Répartition par tranche d'âge. 30
Figure 6 - Répartition par faculté de formation. 31
Figure 7 - Année de première installation. 32
Figure 8 - Milieu d'exercice. 33
Figure 9 - Nombre de consultations journalières. 34
Figure 10 - Appréciation des capacités d'aides au changement. 35
Figure 11 - Formation à l'aide au changement. 36
Figure 12 - Connaissance des entretiens motivationnels. 37
Figure 13 - Vecteurs de découverte des entretiens motivationnels. 39
Figure 14 - Champs d'application envisageables des EM. 40
Figure 15 - Formation aux entretiens motivationnels. 41
Figure 16 - Moyens de formation EM. 43
Figure 17 - Intervenant de santé pouvant trouver un intérêt à la pratique de l'EM. 44
Figure 18 - Recours aux méthodes de l'EM. 45
Figure 19 - Pratique de l'entretien motivationnel. 47
Figure 20 - Intérêt pour la pratique de l'EM. 48
Figure 21 - Temps de pratique de l'EM. 49
Figure 22 - Fréquence de pratique de l'EM. 50
Figure 23 - Champs d'applications de l'EM. 51
Figure 24 - Influence sur le temps de consultation. 52
Figure 25 - Apport des EM à la pratique de la médecine générale. 53
Figure 26 - Freins à l'utilisation des EM. 54
Figure 27 - Niveau de confiance dans la poursuite de la pratique de l'EM. 55
Figure 28 - Intérêt à la formation aux EM. 56
Figure 29 - Méthodes de formation à l'EM souhaitées par les praticiens. 57
Figure 30 - Besoins ciblés de formation à l'EM. 58

Liste des tableaux

Tableau 1 - Stades de changement et niveau d'intervention thérapeutique. 19
Tableau 2 - Répartition hommes - femmes. 29
Tableau 3 - Répartition par tranches d'âge. 30
Tableau 4 - Répartition des effectifs par faculté de formation. 31
Tableau 5 - Année de première installation. 32
Tableau 6 - Milieu d'exercice. 33
Tableau 7 - Nombre de consultations journalières. 34
Tableau 8 - Appréciation des capacités d'aide au changement. 35
Tableau 9 - Formation à l'aide au changement. 36
Tableau 10 - Connaissance des entretiens motivationnels. 37
Tableau 11 - Tableau croisé connaissance des EM / sexe. 37
Tableau 12 - Tableau croisé connaissance des EM / faculté d'origine. 38
Tableau 13 - Tableau croisé connaissance des EM / âge. 38
Tableau 14 - Vecteurs de découverte des entretiens motivationnels. 39
Tableau 15 - Champs d'application des envisageables des EM 40
Tableau 16 - Formation aux entretiens motivationnels. 41
Tableau 17 - Tableau croisé formation aux EM / sexe. 41
Tableau 18 - Tableau croisé formation aux EM / Faculté d'origine. 42
Tableau 19 - Moyens de formation aux EM. 43
Tableau 20 - Intervenant de santé pouvant trouver un intérêt à la pratique de l'EM. 44
Tableau 21 - Recours aux méthodes de l'EM. 45
Tableau 22 - Pratique de l'entretien motivationnel. 47
Tableau 23 - Tableau croisé sexe / pratique de l'EM. 47
Tableau 24 - Tableau croisé faculté d'origine / pratique de l'EM. 47
Tableau 25 - Intérêt pour la pratique de l'EM. 48
Tableau 26 - Temps de pratique de l'EM 49
Tableau 27 - Fréquence de pratique de l'EM. 50
Tableau 28 - Champs d'application de l'EM. 51
Tableau 29 - Influence sur le temps de consultation. 52
Tableau 30 - Apports des EM à la pratique de médecine générale. 53
Tableau 31 - Freins à l'utilisation des EM. 54
Tableau 32 - Niveau de confiance dans la poursuite de la pratique de l'EM. 55
Tableau 33 - Intérêt à la formation aux EM. 56
Tableau 34 - Tableau croisé intérêt à la formation aux EM / sexe. 56
Tableau 35 - Tableau croisé intérêt à la formation / faculté d'origine. 56
Tableau 36 - Méthodes de formation à l'EM souhaitées par les praticiens. 57
Tableau 37 - Besoins ciblés de formation à l'EM. 58

Liste des abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

WONCA : World Organisation of National Collège (Organisation mondiale des médecins généralistes)

EM : Entretien Motivationnel

AFDEM : Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel

URPS : Union Régionale des Professionnels de santé

UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluation Continues

SFDRMG : Société Française de documentation et Recherche en Médecine Générale

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

HAS : Haute Autorité de Santé

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DU : Diplôme Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

TCC : Thérapies Comportementales et Cognitives

ESPT : Etat de Stress Post Traumatique

DMG : Département de médecine générale

1. Introduction

En 1986 l'OMS rédigeait la charte d'OTTAWA dans laquelle est défini le concept de promotion de la santé (1).

Il y transparait clairement une volonté de donner aux individus le moyen de devenir acteurs de leur prise en charge dans le domaine médical :

«*L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine »* (1).

En effet, la plus grande part des maladies pour lesquelles les gens consultent un professionnel de santé pourraient tout à fait être prévenues ou traitées par un changement de comportement (2).

Le 1er interlocuteur du système de soin étant le plus souvent le médecin généraliste il semble essentiel que celui-ci s'implique dans la prise en charge des changements de comportement à risque de ses patients.

Cette mission s'inscrit pleinement dans un des objectifs du médecin généraliste définit par la WONCA, celui de favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace (3).

La capacité à initier un comportement de santé dépend de plusieurs paramètres. Certains d'entre eux sont liés au patient, sa personnalité, sa maladie, sa culture, d'autres dépendent du soignant, son attitude et son style de communication.

Le changement de comportement est sous-tendu par la règle de l'ambivalence du patient, entre son désir de changement et les résistances à ce même changement.

Classiquement les médecins aux cours de leurs consultations, essaient, en expliquant, en argumentant, en fournissant un grand nombre d'informations jugées utile par le soignant, de faire changer les patients ayant un comportement à risque.

Certes, les patients écoutent, mais les médecins ont l'impression que trop souvent les conseils ne sont pas entendus et restent sans effet sur les changements attendus.

Il semblerait essentiel, d'essayer d'écouter et de comprendre les attentes des patients, plutôt que d'essayer de convaincre.

L'entretien motivationnel est une technique de communication, d'abord développée pour les patients présentant un trouble addictif, puis dans de multiples situations où ambivalence et motivation sont au cœur des processus de changement (tabagisme, éthylisme, obésité et hygiène alimentaire, activité physique, hygiène bucco-dentaire, adhérence au traitement, comportements à risques sexuels et autres, etc.)

Cette méthode, dont l'efficacité est maintenant bien démontrée dans la littérature, pour augmenter l'efficacité des pratiques de conseil, quelle que soit la nature du changement à opérer, est un outil précieux en médecine de 1er recours, pour l'initiation et l'accompagnement des patients dans leurs changements de comportement (4).

De plus cette méthode répond à deux exigences de la pratique de médecine générale, par une approche centrée sur la personne en explorant ses motivations propres au changement et par l'utilisation d'un mode de consultation spécifique basé sur une communication appropriée (éviction du réflexe correcteur, questions ouvertes, reformulations, etc.).

Il est donc légitime de s'interroger sur la diffusion de cette méthode au sein de la population médicale et notamment auprès des médecins généralistes, acteurs de santé de 1er recours.

Quelles sont leurs connaissances et leurs pratiques en matière d'entretien motivationnel ?

Comment l'ont-ils inclus dans leur pratique professionnelle ?

Quel est leur parcours et quelles sont leurs attentes en matière de formation en entretien motivationnel ?

C'est à ces questions que ce travail de thèse a essayé de répondre, en se focalisant sur un territoire, le département du Morbihan.

1.1 Définition de l'EM

Dans la pratique classique, non motivationnelle, d'une consultation, ou d'un entretien médecin-patient, les situations difficiles prennent un caractère d'affrontement, où le malade réfractaire est vu comme un mauvais malade, reflétant au médecin l'image de mauvais soignant.

L'approche motivationnelle amène à percevoir tout patient comme un partenaire de soins aux prises avec de grandes difficultés.

L'attitude du soignant et le contenu de son discours sont souvent biaisés par sa conviction dès le départ que la personne est nécessairement obstinée dans une position de non-motivation à changer et qu'elle se réfugie invariablement derrière ses défenses.

Il a été démontré que nos perceptions des autres modifient leurs comportements (5).

En opposition avec une relation soignant/soignée autoritaire ou le médecin se positionne dans une relation d'expert à client tentant d'imposer sa volonté de l'extérieur, l'action du soignant doit se faire à travers une approche de respect de considération et de renforcement des valeurs positives exprimées par le patient.

Il faut viser à stimuler la personne à développer une motivation intérieure qui vient d'elle même, qui est intrinsèque. C'est un levier majeur pour l'action.

La motivation n'est pas un état statique, non évolutif dans lequel un individu reste figé et dont il est seul responsable. C'est au contraire un état dynamique et fluctuant à travers le temps en relation avec diverses situations. Elle varie en intensité en fonction des doutes que le sujet émet quant à ses capacités à atteindre tel ou tel objectif.

Cet état peut être influencé, par les échanges relationnels entre le patient et son entourage et notamment son thérapeute.

L'approche motivationnelle ne motive pas la personne mais crée un contexte qui favorise l'émergence et le maintien de cette motivation.

L'approche motivationnelle place au centre de ses préoccupations l'ambivalence du sujet face à son comportement, ambivalence dont il faudra favoriser l'expression et secondairement la résolution.

L'EM est définie par W. Miller et S. Rollnick comme :
« Une méthode directive, centrée sur le client, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » (6)

La chaine causale ainsi recherchée est :

Entretien motivationnel
⇓
Langage de changement (désir de changement ; aptitude au changement, raisons de changer, nécessité de changer)
⇓
Langage d'engagement (Actions envisagées, mesures prises, engagement verbal)
⇓
Changement de comportement

Figure 1 - Chaine causale de l'Entretien motivationnel

1.2 Historique et fondements théoriques

L'approche motivationnelle a été développée dans les années 80, par deux psychologues, William Miller (université du nouveau Mexique) et Stephen Rollnick (université du pays de Galle).

Leur premier ouvrage commun est paru en 1991 (7).

L'EM s'inspire de plusieurs concepts et théories déjà existants, notamment les stades de changement de Prochaska et Di Clémente, la notion d'ambivalence, la balance décisionnelle de Janis et Mann, le sentiment d'efficacité personnelle de Bandura, la théorie de la réactance psychologique de Brehm, la théorie de la protection de soi de Bem, la théorie de la motivation par autoprotection de Rogers.

L'originalité de l'approche motivationnelle a été d'harmoniser cet ensemble disparate de théories dans l'optique d'une prise en charge globale et cohérente.

1.2.1 Le modèle transthéorique des stades du changement

Le changement n'est pas un événement brutal, il suscite une ambivalence normale et se produit par stades (Prochaska & Di Clementi, 1982) (8).

C'est au cours des ses études de psychologie, que Prochaska réalisa qu'il était incapable de venir en aide à son père alcoolique et dépressif.

A la suite du décès de celui ci et en collaboration avec Di Clémente, il démontra que les autodidactes du changement (les individus en prise avec une consommation ou un comportement problématique réussissant à modifier leur comportement sans aide professionnelle), passent au travers d'une série naturelle de stades de changement.

A ces stades correspondent des processus de changement différents, identifiés par différentes théories psychologique, d'où l'appellation « transthéorique ».

C'est ce changement qu'ils ont conceptualisé en trois grandes hypothèses :

- Le changement obéit à un cycle, constitué de plusieurs étapes intermédiaires jalonnant la maturation de la motivation du sujet, du stade de la précontemplation au stade déterminant de l'action.

- Ce cycle est dynamique, avec des allers retours possibles.

- Les facteurs principaux déterminant l'évolution du sujet dans ce cycle sont la résolution de l'ambivalence et le développement d'un sentiment d'efficacité personnelle.

La rechute, considérée comme un événement normal, ne correspond pas à un stade donné mais au contraire peut survenir à n'importe quel stade.

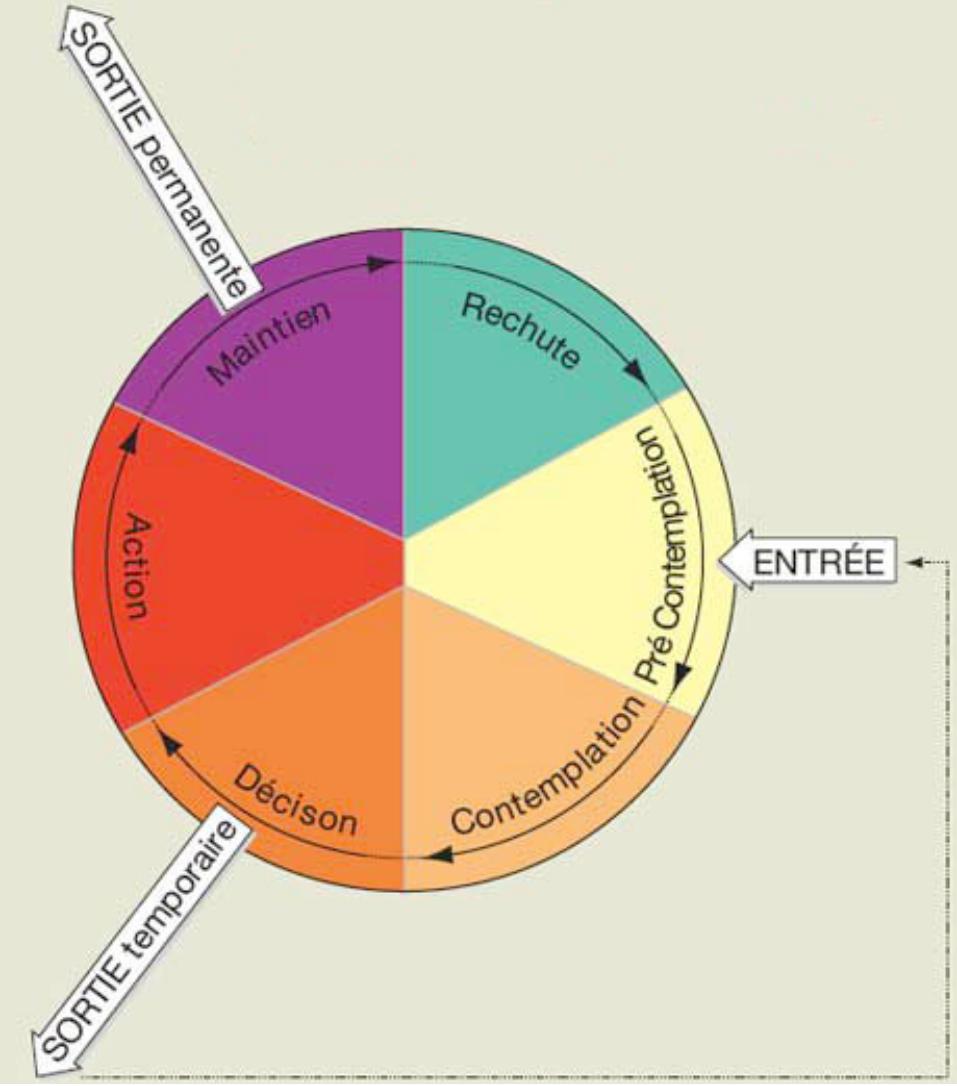


Figure 2 - Les 6 stades du changement.

L'objectif du praticien consistera à identifier le stade motivationnel atteint par le patient, afin d'élaborer en partenariat avec celui ci, un projet thérapeutique cohérent.

L'intervention par EM est particulièrement indiquée aux stades précoces, encore fragiles de la maturation de la motivation (stades de précontemplation et de contemplation).

Elle garde également une place de choix dans le maintien d'une motivation au long terme.

Stade de changement	Description	Tâche du thérapeute
Précontemplation	Sujet inactif n'ayant pas conscience du problème que cela entraine et n'ayant aucune intention de changer	Semer le doute pour susciter une ambivalence, faire prendre conscience des risques encourus par le comportement
Contemplation	Sujet inactif, conscient que c'est un problème, envisageant de changer. Manifestation de l'ambivalence	Explorer l'ambivalence, susciter des énoncés motivationnels. Discuter des avantages et inconvénient d'un changement
Décision	Sujet prêt à démarrer la phase d'action dans un futur proche ; Il détermine des décisions et les met en place dans le temps	Aider le patient à déterminer les actions qu'il veut entreprendre
Action	Le changement est engagé vers des modifications de style de vie.	Accompagner le patient dans la réalisation du changement
Maintien	Phase de consolidation	Aider le patient à identifier et mettre en pratique des stratégies de prévention de la rechute
Rechute	Elle fait partie du processus normal de changement	Inciter le patient à identifier de nouveau les étapes précédentes, tout en encourageant à se remémorer ses succès passés

Tableau 1 - Stades de changement et niveau d'intervention thérapeutique (9)

1.2.2 La balance décisionnelle

Développé par Jannis et Mann en 1977 (10), ce modèle émet l'hypothèse qu'une personne décide d'adopter un comportement en évaluant inconsciemment les éléments favorisant le maintien de son comportement actuel (statu quo) et ceux favorisant la modification de ce comportement (changement).

L'image d'une balance est utilisée, dans laquelle le patient pèse d'un coté les avantages qu'il perçoit à un changement de comportement et ses inconvénients et les met en balance avec les avantages perçus du statu quo et de ses inconvénients.

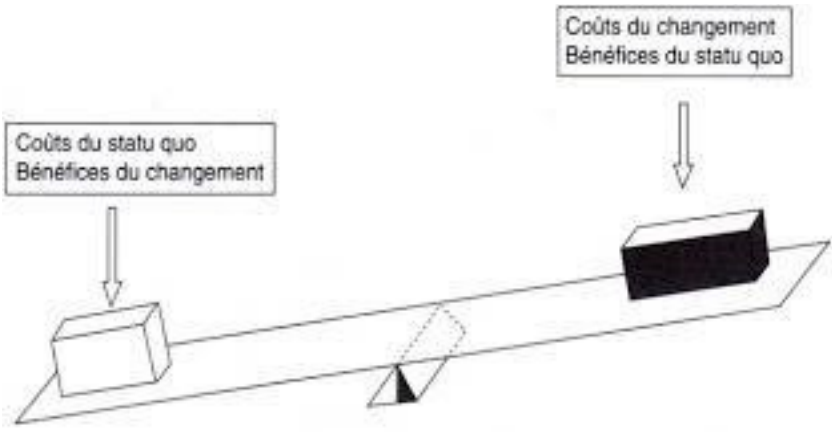


Figure 3 - La balance décisionnelle.

Les avantages et inconvénients de chaque plateau de la balance sont propres à chaque individu et leur poids relatif fait appel à l'échelle des valeurs morales qu'il leur attribue.

Toutefois ces éléments et leurs valeurs respectives peuvent évoluer avec le temps en fonction des expériences et des enseignements que l'individu pourra avoir.

L'usage de cette image qu'est la balance décisionnelle, s'avère être un outil intéressant et utile pour donner aux patients une vision complète de leur situation, notamment au stade de la pré contemplation dans le cycle de Prochaska.

L'usage de cet instrument doit se faire de façon naturelle, progressivement en respectant le rythme du patient. Il est nécessaire de le laisser rédiger sa balance décisionnelle plutôt que de faire ce travail à sa place par des suggestions ou une attitude trop directive.

Cette balance décisionnelle n'est pas statique et évolue au cours des entretiens, de nouveaux avantages ou inconvénients pouvant être découverts.

1.2.3 Le sentiment d'efficacité personnelle

Mis en avant par Bandura (11), le sentiment d'efficacité personnelle désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières.

Il contribue à déterminer les choix d'activité et d'environnement, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixé, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles.

Le thérapeute se doit d'évaluer ce sentiment d'efficacité personnelle, de le développer et de le renforcer en soulignant les changements positifs intervenus dans le comportement du patient.

Rollnick et Butler ont apporté des concepts proches : L'importance (qui correspond au degré de priorité accordé au changement) et la confiance (dans la capacité de changement) qui permettent de distinguer quatre groupes de patients.

Cette classification permet au thérapeute d'évaluer pour chaque patient les axes qu'il faudra privilégier (travail motivationnel, renforcement d'une estime de soi, etc.) pour favoriser le changement.

1.2.4 La théorie de la motivation à l'autoprotection

La « Protection Motivation Theory » de RonaldW. Rogers (1975) (12) explique comment un événement particulier peut motiver un changement.

Les trois composantes de ce modèle aident à comprendre de quelle façon une menace pour la santé physique peut motiver à modifier le comportement :

- en premier lieu, la perception de la nocivité de l'événement en question (par exemple, la crainte du cancer du poumon)

- en second lieu, l'évaluation de la probabilité que cet événement se produise effectivement (par exemple, fréquence élevée du cancer du poumon chez les tabagiques chroniques)

- en dernier lieu, évaluation de l'efficacité du comportement de protection de soi (l'autoprotection), c'est à dire l'influence bénéfique du changement de comportement (par exemple, arrêt de la consommation de tabac)

1.2.5 La théorie de la réactance psychologique

La théorie de la réactance psychologique de Brehm (1981) (13) explique comment une personne, dont la liberté personnelle est réduite ou menacée, aspire à retrouver une certaine marge de manœuvre.

Cela est observé lorsque la confrontation directe est utilisée : un effet parfois positif à court terme est obtenu mais qui disparaît à long terme avec l'apparition de comportements d'opposition et d'échappement.

Paradoxalement lorsque la liberté d'agir et l'autonomie sont menacées, la désirabilité du comportement indésirable augmente pour le patient (14).

1.2.6 La théorie de la protection du soi

Daryl Bem a émis l'hypothèse, en 1967, sous le terme de théorie de la protection du soi ou de la perception de soi (15), qu'une personne en vient à croire certains propos qu'elle tient, même si ceux-ci ne correspondent pas au départ à ses valeurs fondamentales, simplement en s'écoutant les dire, par autosuggestion.

Or, si l'aidant ou le thérapeute, prend le parti univoque du changement de comportement et dénigre systématiquement le statu quo, sans en reconnaître les

avantages éventuels, le patient exprimera naturellement (selon le modèle de la balance décisionnelle), l'autre coté de la balance, qui pourra éventuellement devenir une conviction par ce mécanisme.

Il risque donc si la personne aidante persiste, confronte et insiste, de se convaincre d'une position qu'il ne défendait pas au début de l'intervention.

1.3 Les concepts de base de l'EM

Quatre concepts sont fondamentaux dans l'EM :

1.3.1 L'écoute empathique

Il est déconseillé de recourir aux attitudes coercitives et à la confrontation directe ainsi qu'au refuge dans le rôle d'expert froid et distant.
L'essence de l'EM repose selon Miller et Rollnick sur la collaboration aidant-aidé, le développement de l'autonomie du patient et la capacité d'évoquer la motivation, ou encore le discours-changement.
Un style relationnel particulier est privilégié afin d'atteindre ces objectif.

Entre apathie et sympathie, l'empathie est la juste distance affective à adopter.

L'empathie est ainsi défini par Carl Rogers, psychologue américain du 20ème siècle et développeur de l'approche centrée sur la personne : «… être empathique consiste à percevoir avec justesse le cadre de référence interne de son interlocuteur ainsi que les raisonnements et émotions qui en résultent… C'est-à-dire capter la souffrance ou le plaisir tels qu'ils sont vécus par l'interlocuteur, en percevoir les causes de la même façon que lui… »
Cependant l'écoute empathique ne se suffit pas à elle même, c'est en effet l'expression sincère de l'empathie qui a une efficacité thérapeutique.

Parler à un aidant qui offre une bonne écoute mais qui ne dit rien peut être déroutant pour le patient. Il en est de même lorsqu'un interlocuteur exprime de l'empathie sans être sincère.

Les deux temps sont nécessaires et indissociables

Des techniques sont utilisées dans l'EM pour favoriser ce style relationnel.
Elles consistent à reprendre les propos du patient pour susciter sa confiance, en témoignant de la compréhension et de l'intérêt pour ses problèmes, évitant ainsi d'engendrer des résistances et favorisant son maintien dans le processus de changement, c'est l'écoute réflective.

1.3.2 Eviter le réflexe correcteur (rouler avec la résistance)

Dans la mise en route d'un processus de changement la situation la moins souhaitable est celle d'un soignant plaidant et argumentant en faveur du changement alors que le patient contre argumente.

Non seulement il est peu probable d'arriver à convaincre la personne, de plus l'argumentation directe va le pousser dans la position opposée qu'elle sera amenée à défendre et faire ainsi naître la résistance.

La résistance est un signe, un avertissement que la personne aidante utilise une stratégie qui ne correspond pas au stade de changement où se situe la personne aidée.

Elle est un signe que la relation thérapeute/patient est en dissonance.

La résistance est un phénomène interpersonnel dont l'évolution à la hausse ou à la baisse dépend de la réponse du consultant (16).

L'entretien motivationnel n'est pas un combat et le patient n'est pas un adversaire à maîtriser.

Il est essentiel de ne pas s'opposer à la résistance et à l'ambivalence, mais de rouler ou glisser avec elle. Le soignant n'impose pas de nouvelles vues mais invite plutôt la personne à prendre en considération de nouvelles informations, et à devenir acteur dans le processus de résolution de ses problèmes.

Personne ne peut forcer les patients à prendre une décision qui irait à l'encontre de leur désir profond. Ils conservent leur libre arbitre.

Les interventions d'EM consistent notamment à rappeler aux patients leur liberté de choix et d'action.

« C'est à vous de décider ce que vous voulez faire de cette information. Personne ne peut décider à votre place, personne ne peut changer (…) si vous ne le voulez pas. C'est votre choix et, si un changement doit s'opérer, c'est à vous qu'il revient d'en prendre la décision » (7)

Le discours-changement et la résistance sont donc les deux faces d'une même médaille, témoignant de l'adéquation ou au contraire de la dissonance de la relation thérapeutique.

La résistance, loin d'être un trait de caractère intangible et insurmontable des patients dépendants ou ancrés dans des habitudes de vie, est en réalité un défi thérapeutique à relever et dont il faut repérer et comprendre le facteur déclenchant.

Elle est le plus souvent liée à une erreur de décalage entre proposition thérapeutique et stade de changement.

Le thérapeute devra donc être attentif à tous les comportements résistants du patient (hostilité, déni, remise en cause des compétences du soignant, tendance à couper la parole, à ne pas écouter, à répondre à coté, etc.) pour réorienter l'entretien.

1.3.3 Développer les divergences

L'EM est spécialement conçu pour aider les patients à quitter leur ambivalence passée pour adopter un nouveau comportement plus positif.

Le principe général est donc de créer et d'amplifier une divergence dans la vision du patient entre le comportement actuel et la situation désirée.

Quand un comportement paraît en conflit avec des objectifs personnels important, le changement devient plus probable.

Un des objectifs de l'approche motivationnelle, est de développer cette divergence pour s'en servir en l'amplifiant jusqu'à ce qu'elle surpasse l'inertie qui maintient le statu quo.

Quand l'EM est bien mené, c'est le patient et non l'aidant qui évoque ses préoccupations, ses raisons de changer, sa confiance dans ses possibilités de changer et des intentions de changer.

« On se persuade mieux pour l'ordinaire, pour les raisons qu'on à soi même trouvées, que pour celles trouvées de l'esprit des autres » Blaise Pascal (17).

1.3.4 Nourrir le sentiment d'efficacité personnelle

Le sentiment d'efficacité personnelle est un élément clé de la motivation au changement et est un bon facteur prédictif du résultat de l'intervention.

Les trois premiers principes peuvent amener le patient à percevoir le problème dont il souffre, mais si celui ci ne perçoit aucun espoir ou possibilité de changement, les efforts de l'aidant resteront vains.

Un des objectifs généraux de l'EM est donc d'augmenter la confiance du patient dans ses capacités à surmonter les obstacles et à réussir son changement.

1.4 Stratégies de l'entretien motivationnel : OUVER

1.4.1 Poser des questions **OU**vertes

Elles s'opposent aux traditionnelles questions fermées et font émerger les préoccupations du patient, en lui offrant la plus grande part de temps de parole.

1.4.2 **V**aloriser

Le soignant ponctue l'entretien par des phrases valorisant la démarche et les actions entreprises. Il renforce ainsi le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi du patient.

L'ambivalence elle-même peut être intégrée dans la valorisation, lorsque le soignant reconnaît la responsabilité et la liberté de choix. Cela contribue à abaisser la résistance et à faire émerger le discours-changement.

1.4.3 **E**coute réflective

Le reflet est une affirmation du soignant qui renvoie de façon dirigée son propre discours au patient. Elle permet de laisser la main au patient en ce qui concerne le contenu du discours tout en l'orientant dans le développement de son ambivalence, sa motivation, son discours changement.

Le reflet se pratique avec une palette de nuances qualitatives (répétition, reformulation, paraphrase, reflet de sentiments) et quantitatives (reflet simple, amplifié, sous évalué, double reflet)

1.4.4 **R**ésumer

De courtes et fréquentes récapitulations ponctuant l'entretien permettent de travailler les deux versants de l'ambivalence, de sélectionner les éléments motivationnels et de les faire réentendre au patient.

2. Matériel et méthodes

2.1 Type d'étude

Pour répondre au mieux à la problématique citée en fin d'introduction, une enquête descriptive a été élaborée.

Il s'agit d'une enquête descriptive et quantitative, réalisée via un questionnaire anonyme et auto-administré, en ligne sur internet.

Le questionnaire comportait 31 questions, réparties en trois grandes parties :

- caractéristiques de l'échantillon : sexe, tranche d'âge, faculté d'origine, année d'installation, milieu d'exercice, activité moyenne journalière, exercice particulier.

- Prise en charge des changements de comportement, connaissances, concernant l'EM

- Pratiques concernant l'EM

Le questionnaire était constitué en majorité de réponses fermées, afin de faciliter l'analyse statistique.
Celui ci été rédigé de telle manière que sa passation soit rapide (moins de 5 minutes), pour optimiser le taux de réponses.

Le questionnaire a été évalué et testé auprès de membres de l'association française de diffusion de l'entretien motivationnel (AFDEM).

Une dizaine de retours de leurs part, a permit d'améliorer la pertinence et la formulation des questions.

Le questionnaire définitif est disponible en annexe

2.2 Population étudiée

Ce questionnaire a été soumis à 264 docteurs en médecine générale, installés en exercice libéral dans le Morbihan, exerçants seuls ou en groupe, sans élimination d'âge ou de mode d'exercice.

Ont été exclus les médecins généralistes remplaçants ou exerçant à l'hôpital ou tout autre forme de médecine salariée.

Les médecins ayant une activité mixte ont été inclus.

2.3 Diffusion du questionnaire

Le lien du questionnaire a été diffusé par e-mail par l'intermédiaire de l'union régionale des professionnels de santé, des médecins libéraux de Bretagne, à 264 médecins généralistes du Morbihan inscrits dans leur base de données.

L'envoi du lien du questionnaire a eu lieu le 1er décembre 2015.

Le questionnaire a été mis en ligne du 1er au 31 décembre 2015.

Nous avons été informés, le jour de l'envoi, de l'impossibilité d'effectuer une relance.

2.4 Considérations éthiques

L'ensemble des patients répondeurs était informé de l'utilisation des données individuelles anonymisées pour l'étude. Le remplissage de l'auto-questionnaire était la preuve d'une participation volontaire et avait valeur de consentement.

2.5 Recueil et Analyse des données

Les données ont été rentrées dans un tableau Excel.
Chaque colonne représentait une question ou un item de réponse.
Chaque ligne représentait un questionnaire.

2.5.1 Codage des questions

Pour les questions numériques les valeurs était directement saisie

Pour les questions dichotomiques (sexe, oui/non,…) : les valeurs 0/1 ou 1/2 (homme/femme) ont été utilisées.

Pour les QCM à réponses multiples : Elles ont été codées par autant de colonnes que de modalités de réponse. Chaque colonne contenant la valeur 0 ou 1 selon que le participant avait coché ou non cette modalité.

Pour les questions avec échelle (capacités d'aide au changement de comportement des patients, recours aux questions ouvertes, recours à la valorisation, recours à l'écoute réflective, recours au résumé, niveau de confiance à poursuivre la pratique de l'EM), le regroupement suivant a été appliqué :

- La réponse 0 équivaut à une capacité, une pratique ou une confiance nulle ;
- Les réponses 1,2 et 3 correspondent à une capacité, une pratique ou une confiance minimale ;
- Les réponses 4,5 et 6, à une capacité, une pratique ou une confiance modérée ;
- Les réponses 7,8 et 9, à une capacité, une pratique ou une confiance importante ;
- La réponse 10 équivaut à une excellente capacité, une pratique systématique ou une confiance très élevée.

Les réponses manquantes ont été codées en laissant la cellule vide pour faciliter le traitement des données.

2.5.2 Exploitation des données

Les croisements de deux variables qualitatives ont été réalisés à l'aide de tableaux de contingence.

Pour les variables catégorielles, le test Exact de Fisher été utilisé, du fait de la petite taille de l'échantillon.

3. Résultats

3.1 Recueil des réponses

Le questionnaire a été mis en ligne et diffusé le 1er décembre 2015, par l'intermédiaire de l'URPS Bretagne à 264 médecins généralistes libéraux en exercice dans le Morbihan.

A la clôture de l'enquête, le 31 décembre 2016, soit un mois après son lancement, le questionnaire en ligne comptabilisait 19 réponses.

Le taux de réponse atteint est donc de 7,2 %

3.2. Profil de la population étudiée

3.2.1 Répartition hommes-femmes

10 femmes soit 52,63% et 9 hommes soit 47,37% ont répondu au questionnaire. Cette répartition est illustrée Figure 4.

Un test de comparaison de pourcentages de l'échantillon par rapport à la population de médecins généralistes hommes et femme du Morbihan, n'a pas montré d'écart significatif.

Test du khi2 → différences non significatives de l'échantillon (p = 0,51)

	Effectif	Pourcentage	Attendu
Homme	9	47,37%	55%
Femme	10	52,63%	45%

Tableau 2 – Répartition hommes – femmes.

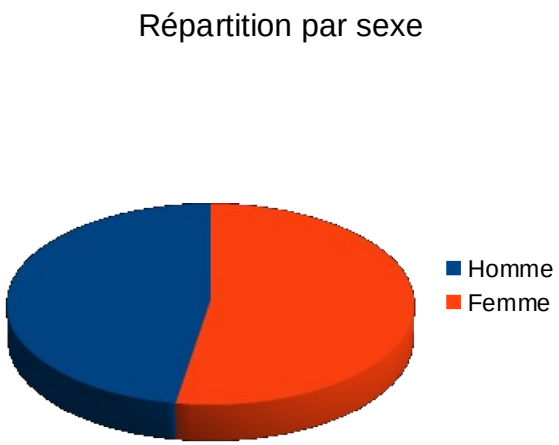


Figure 4 - Répartition hommes-femmes

3.2.2 Répartition par tranches d'âge

La majorité des répondants soit 52,63 % avait entre 50 et 59 ans.
Test exact de Fisher → différence non significative de l'échantillon (p = 0,507)

	Effectif	Pourcentage	Attendu	
30-39 ans	1	5,26%	13%	
40-49 ans	5	26,32%	64%	
50-59 ans	10	52,63%		
60-69 ans	3	15,79%	23%	

Tableau 3 - Répartition par tranches d'âge

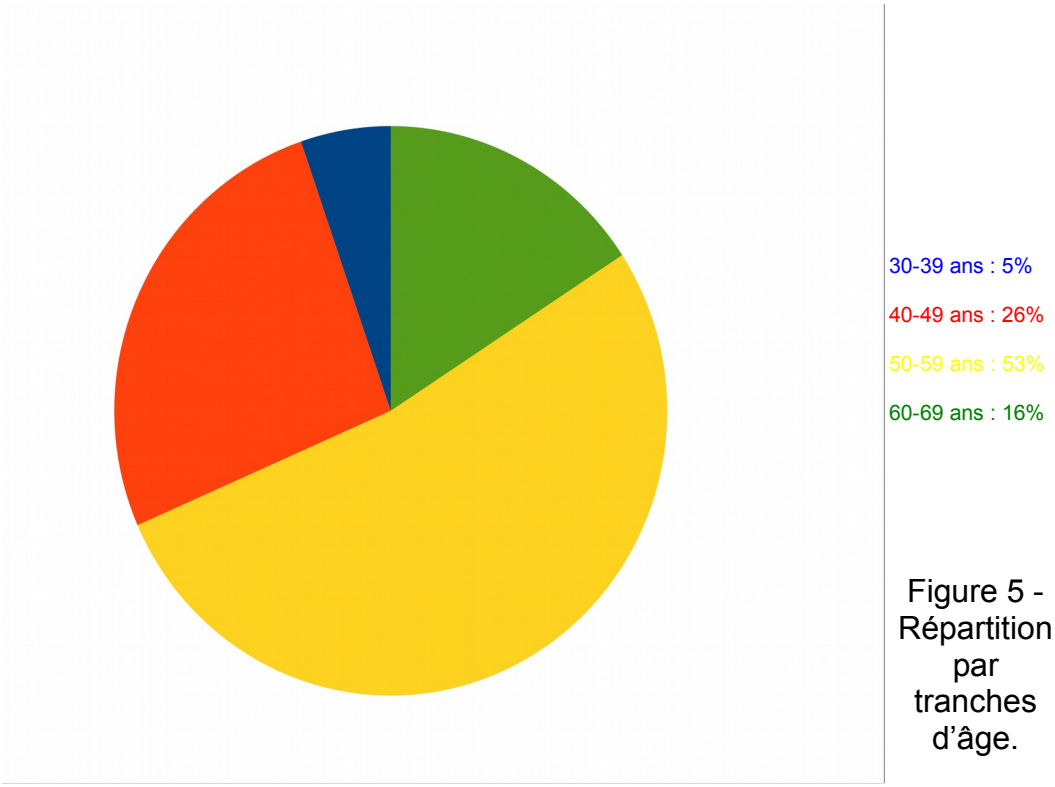


Figure 5 - Répartition par tranches d'âge.

3.2.3 Faculté d'origine

Le tableau 2 dresse la répartition des répondants en fonction de leurs facultés d'origine.

La faculté de médecine de Rennes est la plus représenté, 52,63% des médecins y ont effectués leurs études.

Test exact de Fisher → différence non significative de l'échantillon par rapport aux données statistiques (p = 0,151)

Faculté	Compte	Pourcentage	At tendu
Brest	1	5,26%	82%
Rennes	10	52,63%	
Tours	1	5,26%	18%
Lariboisière	1	5,26%	
Nancy	1	5,26%	
Paris-Sud	1	5,26%	
Lille	1	5,26%	
Hors France	1	5,26%	
Nantes	1	5,26%	
Paris XI	1	5,26%	

Tableau 4 - Répartition des effectifs par faculté de formation.

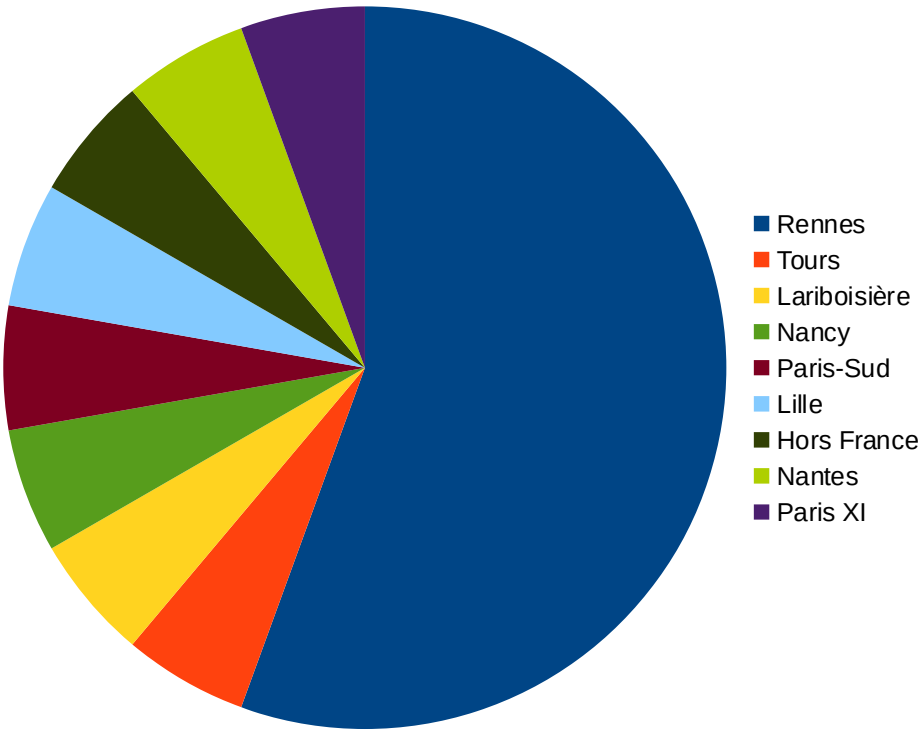


Figure 6 - Répartition par faculté de formation.

3.2.4 Année de première installation

Durée d'exercice	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Moins de 10 ans	2	10,53%	100,00%
Entre 10 et 20 ans	6	31,58%	89,47%
Plus de 20 ans	11	57,89%	57,89%

Tableau 5 - Année de première installation.

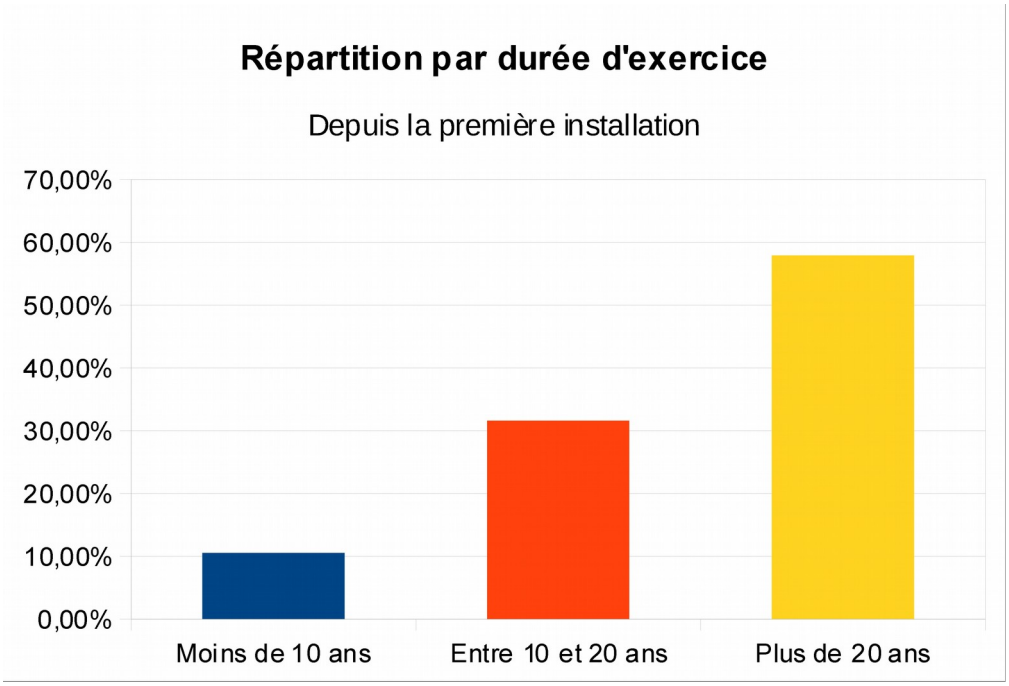


Figure 7 - Année de première installation.

3.2.5 Milieu d'exercice

Comme l'indique la figure 8, la majorité des médecins ayant répondus à l'enquête exercent en milieu semi-rural, soit 52, 63%.

Milieu d'exercice	Ef ect f	Pourcentage
Urbain	4	21,05%
Rural	5	26,32%
Semi-rural	10	52,63%

Tableau 6 - Milieu d'exercice.

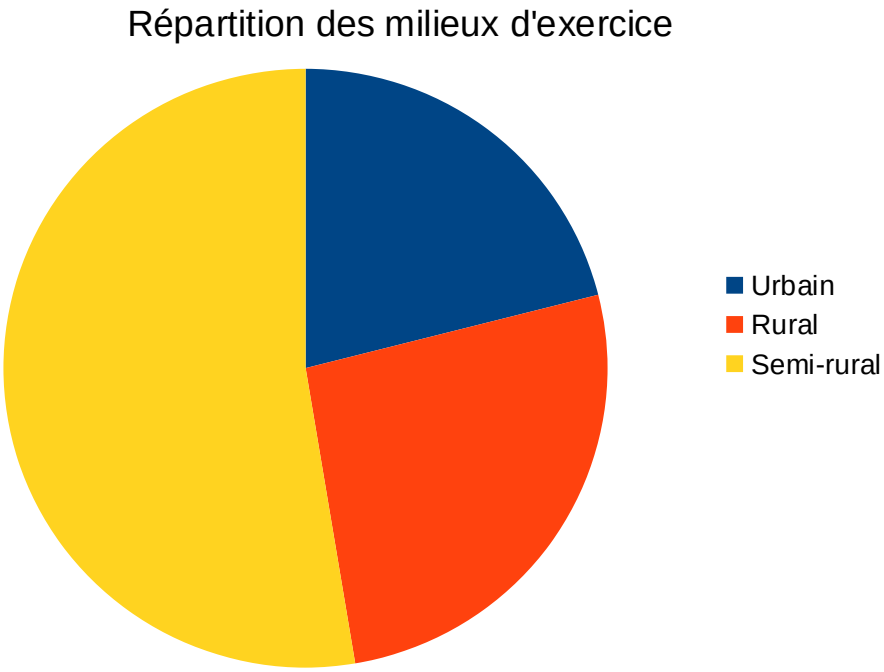


Figure 8 - Milieu d'exercice.

3.2.6 Nombre de consultations journalières

Nombre de consultations	Effectif	Pourcentage
Moins de 20	3	15,79%
De 20 à 30	13	68,42%
plus de 30	3	15,79%

Tableau 7 - Nombre de consultations journalières.

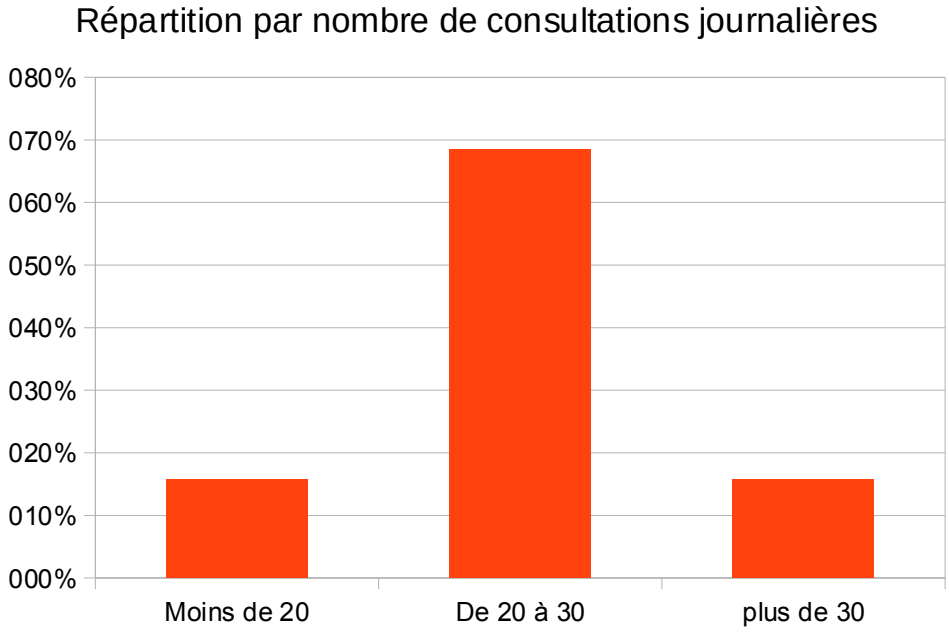


Figure 9 - Nombre de consultations journalières.

3.2.7 Exercice particulier

7 praticiens, soit 36,84% ont mentionné, la pratique d'un exercice médical particulier.

Parmi ceux ci, 1 médecin pratique l'addictologie, 2 médecin les urgences, 1 médecin la mésothérapie, 1 médecin l'ostéopathie.

2 praticiens ont déclaré 2 exercices particuliers, un médecin la pratique de l'hypnose et une activité au planning familial, l'autre médecin la pratique de l'homéopathie et psychothérapie.

3.3 Prise en charge des changements de comportement et de la connaissance de l'entretien motivationnel

3.3.1 Appréciation des capacités d'aide au changement

Chaque médecin devait reproduire sa capacité sur une échelle de 0 à 10.

Pour le traitement des réponses à cette question, le regroupement suivant a été appliqué :

- La réponse à 0 = équivaut à une capacité évalué comme nulle
- Les réponses 1,2, et 3 correspondent à capacité jugée comme faible
- Les réponses 4,5 et 6, à une capacité jugée comme modérée
- Les réponses 7, 8 et 9 à une capacité jugée comme bonne
- La réponse 10 équivaut à une capacité évaluée comme excellente

A la question de l'évaluation subjective des capacités d'aide au changement de comportement, la majorité des praticiens, soit 55,56%, ont évalués leurs capacités comme modérées.

Plus d'un quart d'entre eux, 27,78% les ont considérés comme bonnes.

82% des médecins de l'étude se sente plutôt efficaces pour aider leurs patients à changer de comportement.

Capacités	Effectif	Pourcentage
Nulles	1	5,56%
Faibles	2	11,11%
Modérées	10	55,56%
Bonnes	5	27,78%
Excellentes	0	0,00%
NSP	1	--

Tableau 8 - Appréciation des capacités d'aide au changement.

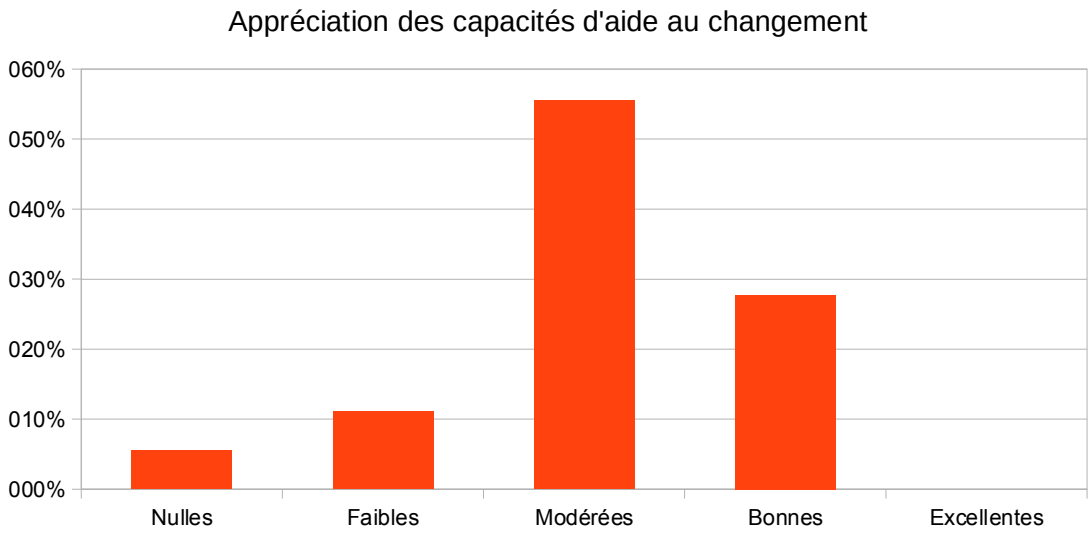


Figure 10 - Appréciation des capacités d'aides au changement.

3.3.2 Formation à l'aide au changement

Une minorité des médecins interrogés (36,48%), ont reçu une formation pour les aider dans la prise en charge des changements de comportements de leurs patients.

Formé(e)	Effectif	Pourcentage
Oui	7	36,84%
Non	12	63,16%

Tableau 9 - Formation à l'aide au changement.

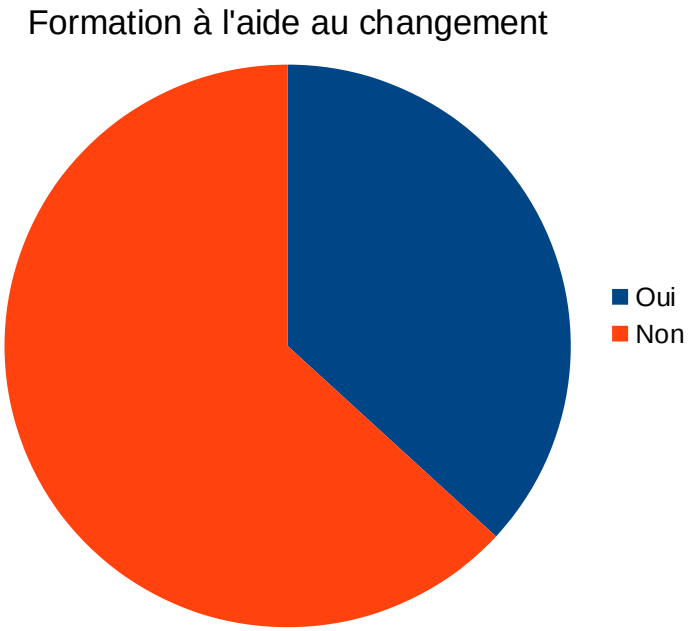


Figure 11 - Formation à l'aide au changement.

3.3.3 Connaissance des EM

Parmi les 19 répondants, 16 ont déclaré avoir connaissance des EM, soit 84,21%.

Seul 3 médecin, soit 15,79% les ont découverts ici pour la première fois.

Connaissance des EM	Effectif	Pourcentage
Oui	16	84,21%
Non	3	15,79%

Tableau 10 - Connaissance des entretiens motivationnels.

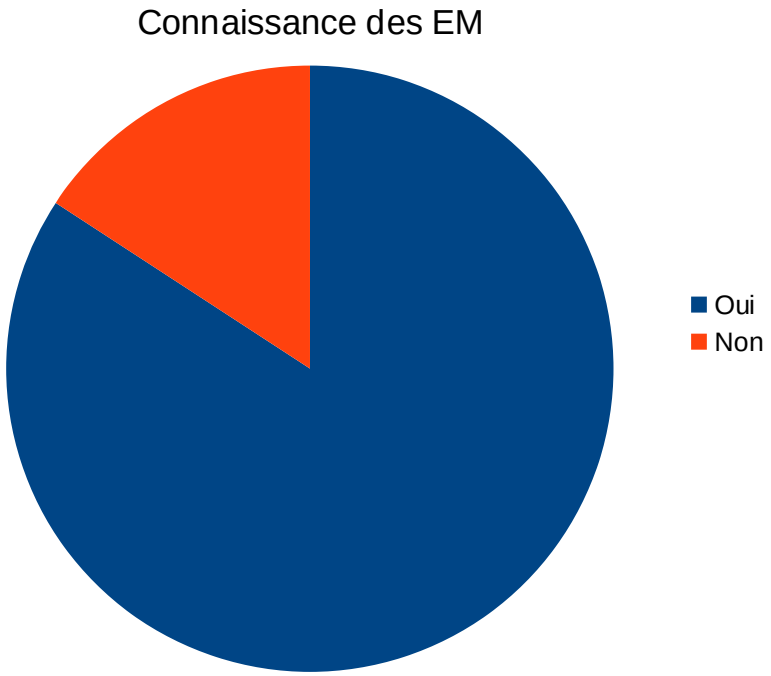


Figure 12 - Connaissance des entretiens motivationnels.

	Oui	Non	
Homme	6	3	**9**
Femme	10	0	**10**
	16	**3**	

Tableau 11 - Tableau croisé connaissance des EM / sexe.

Les femmes semblent avoir plus connaissance des EM que les hommes, mais pas de façon très significative (Test exact de Fisher : p = 0,0867, considéré significatif pour p < 0,05)

	Oui	**Non**	
Bretagne	10	1	**11**
Hors bretagne	6	2	**8**
	16	**3**	

Tableau 12 - Tableau croisé connaissance des EM / faculté d'origine.

La comparaison avec la faculté d'origine Bretagne/Hors Bretagne, n'a pas montré de différence significative (Test exact de Fisher : p = 0,830)

	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	
oui	1	4	9	2	16
non	0	1	1	1	3
	1	5	10	3	

Tableau 13 - Tableau croisé connaissance des EM / âge.

Comparaison avec la tranche d'âge → Pas de différence significative (Test exact de Fisher : p = 0,798)

3.3.4 Vecteur de découverte des EM

Parmi les 16 médecins qui connaissaient les EM, la majorité, soit 60% en avait entendu parler lors de Formation médicales continues.

Le 2ème moyen de découverte cité, est la littérature médicale pour 53,33% des participants à l'étude ayant connaissance des EM.

Le cursus médical initial n'a été une source d'information que pour 1 médecin soit 6,67%.

Vecteur de découverte	Effectif	Pourcentage
Littérature médicale	8	53,33%
Cursus médical initial	1	6,67%
FMC	9	60,00%
Diplôme universitaire	1	6,67%
Collègues	1	6,67%
NC	4	

Tableau 14 - Vecteurs de découverte des entretiens motivationnels.

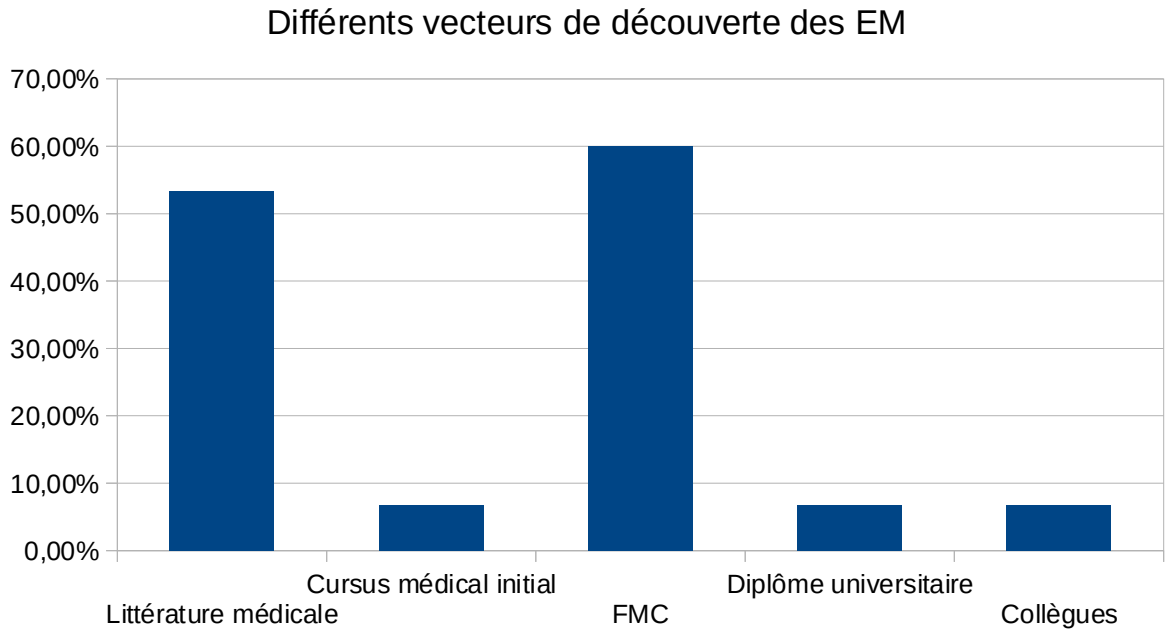


Figure 13 - Vecteurs de découverte des entretiens motivationnels.

3.3.5 Champs d'application envisageables des EM

A la question des champs d'application dans lesquels l'EM peut trouver un intérêt pour les soignant, les médecins répondeurs ont placé en première position et à égalité (pour 94,74% des répondeurs), la prise en charge des conduites addictives et la prise en charge des règles hygiéno-diététique et comportements alimentaires.

L'utilisation possible dans le cadre de l'éducation thérapeutique et de l'incitation à l'activité physique arrive en 2ème position, pour 84,21% des répondants.

Seulement 36, 84% des médecins ont évoqué l'utilisation dans les problématiques psychiatriques.

Aucun médecin n'a proposé d'autre domaine potentiel d'application des EM.

Champ d'application	Effectif	Pourcentage
Addictions	18	94,74%
Education Thérapeutique	16	84,21%
Comportements Alimentaires	18	94,74%
Activité Physique	16	84,21%
Psychiatrie	7	36,84%

Tableau 15 - Champs d'application des envisageables des EM

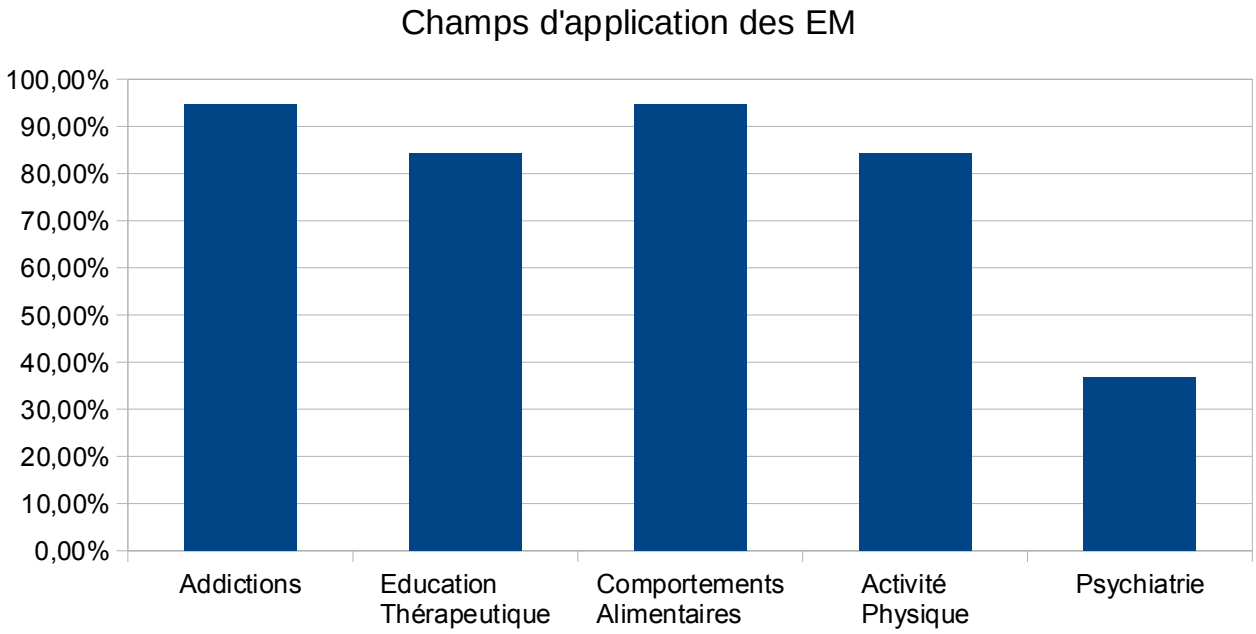


Figure 14 - Champs d'application envisageables des EM.

3.3.6 Formation aux EM

Sur les 19 médecins de l'échantillon, seulement 4, soit 21, 05% ont reçu une formation à la pratique de l'entretien motivationnel.

En ne prenant en compte que l'effectif des praticiens connaissant les EM avant l'enquête cela représente 25% des médecins.

Formé(e)	Ef ect f	Pourcentage
Oui	4	21,05%
Non	15	78,95%

Tableau 16 - Formation aux entretiens motivationnels.

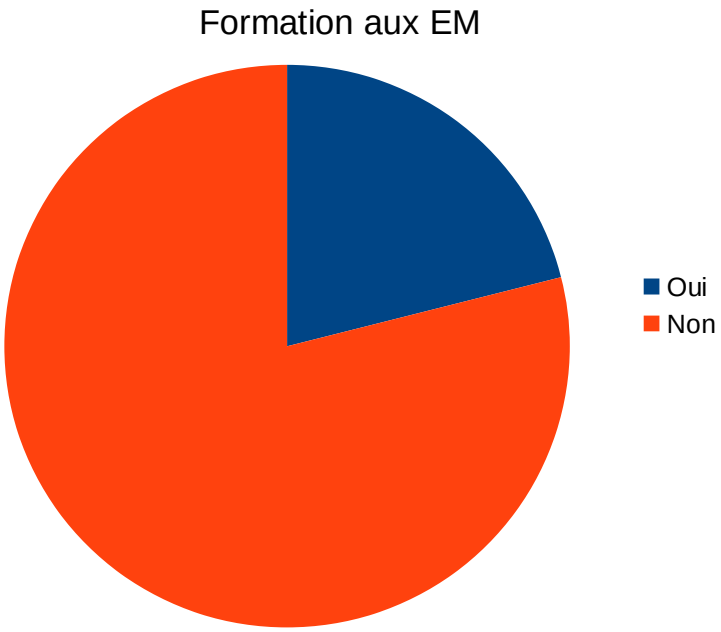


Figure 15 - Formation aux entretiens motivationnels.

	Oui	Non	
Homme	2	7	**9**
Femme	2	8	**10**
	4	**15**	

Tableau 17 - Tableau croisé formation aux EM / sexe.

Le test exact de Fischer ne met pas en évidence de différence significative (test de Fischer : p = 0,783)

	Oui	Non	
Bretagne	4	7	**11**
Hors Bretagne	0	8	**8**
	4	**15**	

Tableau 18 - Tableau croisé formation aux EM / Faculté d'origine.

Comparaison à la faculté d'origine → pas de différence significative (test de Fischer : p = 0,602)

3.3.7 Moyens de formation aux EM (effectif total : 4 formés)

Comme le montre la figure 16, l'autoformation, par la littérature médicale et les ressources en ligne, a été le principal moyen de formation cité (50% des praticiens formés).

Viennent ensuite les organismes de formation pour un praticien et les sessions de FMC pour un praticien

2 autres modes de formations utilisés ont été cités, lors de formations spécifiques en Thérapies cognitivo-comportementale (TCC) ainsi que lors d'un congrès de la WONCA.

Vecteur de formation	Effectif	Pourcentage
Session de FMC	1	25,00%
DU	0	0,00%
Organisme de formation	1	25,00%
Cursus médical initial	0	0,00%
Auto-formation (livres, articles, vidéos, Ressources en ligne)	2	50,00%
Formation au TCC	1	25,00%
Congrès WONCA	1	25,00%

Tableau 19 - Moyens de formation aux EM.

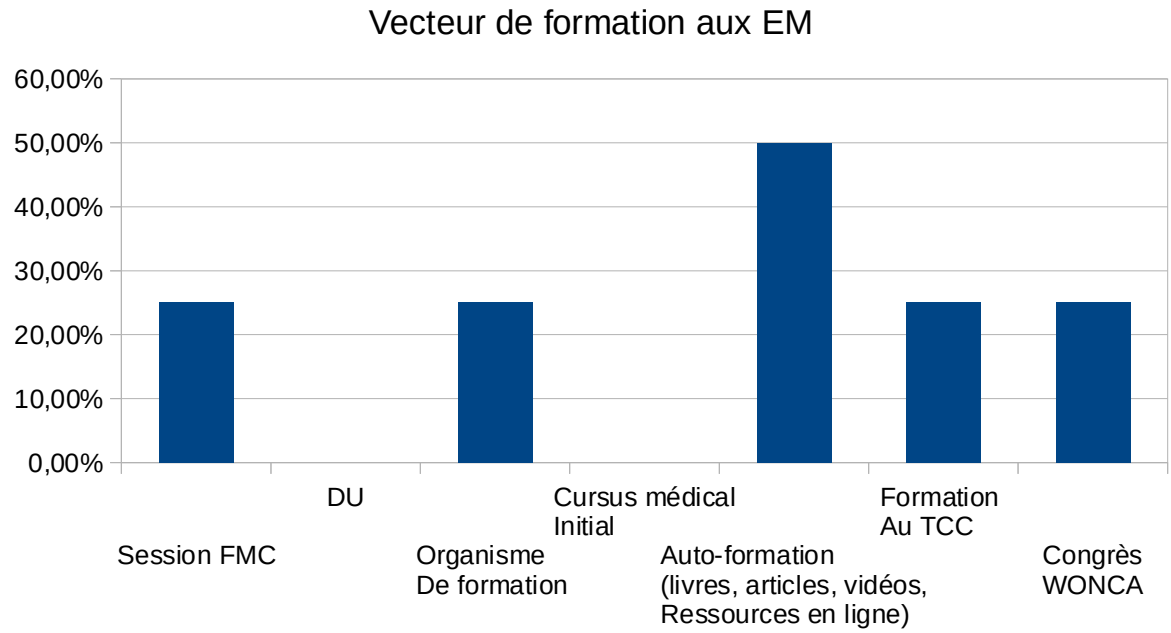


Figure 16 - Moyens de formation EM.

3.3.8 Intervenants de santé pouvant trouver un intérêt à la pratique des EM.

A la question, quel(s) intervenant(s) de santé peuvent trouver un intérêt à pratiquer l'entretien motivationnel, la quasi totalité des médecins de l'échantillon, soit 94,74%, ont cité les médecins généralistes.

Ils ont également cité à égalité pour 84,21% des participants, les infirmiers, psychologues et diététiciens.

Seuls 52,63% ont cité les spécialistes d'organes, sans précisions concernant les spécialités ciblées

Intervenant	Effectif	Pourcentage
Médecins Généralistes	18	94,74%
Médecins Spécialistes D'organes	10	52,63%
Infirmiers	16	84,21%
Psychologues	16	84,21%
Diététiciens	16	84,21%

Tableau 20 - Intervenant de santé pouvant trouver un intérêt à la pratique de l'EM.

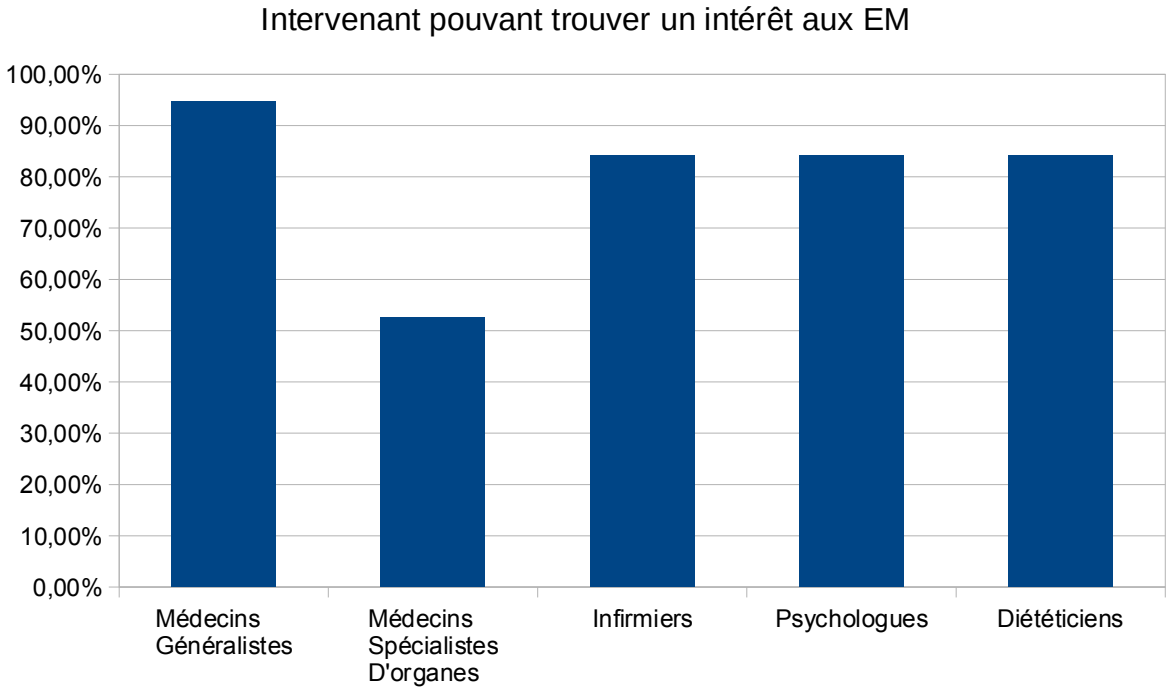


Figure 17 - Intervenant de santé pouvant trouver un intérêt à la pratique de l'EM.

3.4 Pratique de l'entretien motivationnel

3.4.1Recours aux principales méthodes de l'EM (effectif total : 18, 1 NSP)

Chaque médecin devait reproduire son utilisation subjective des différentes techniques de l'EM sur une échelle de 0 à 10.

Pour le traitement des réponses à ces questions, le regroupement suivant a été appliqué :

- La réponse à 0 = équivaut à une utilisation nulle
- Les réponses 1,2 et 3 correspondent à une utilisation minimale
- Les réponses 4,5 et 6, à une utilisation modérée
- Les réponses 7, 8 et 9 à une utilisation importante
- La réponse 10 équivaut à une utilisation systématique

	Questions ouvertes	Valorisation	Écoute réflective	Résumé
aucune	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
minimale	11,11%	5,56%	16,67%	22,22%
modérée	27,78%	27,78%	16,67%	16,67%
importante	61,11%	66,67%	66,67%	61,11%
systématique	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Tableau 21 - Recours aux méthodes de l'EM.

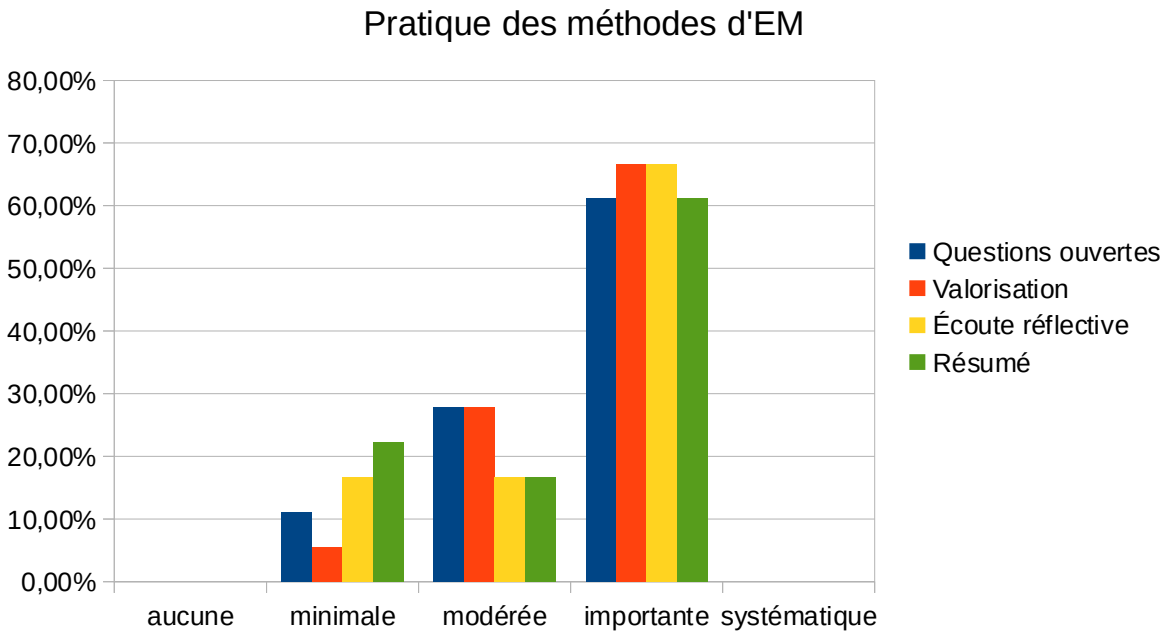


Figure 18 - Recours aux méthodes de l'EM.

Touts les techniques de l'entretien motivationnel semblent utilisées par l'ensemble des praticiens, dans des proportions variables selon les médecins.

La valorisation et l'écoute réflective sont les techniques les plus pratiquées.

66,67% des médecins utilisent chacune des ces techniques de façon importante.

La valorisation est utilisée de manière modérée par 27,78% des médecins et faiblement par 5,56% d'entre eux

L'écoute réflective est utilisée modérément par 16,67 % des médecins et de manière minimale également par 16,67 % d'entre eux

Les questions ouvertes et le résumé sont quand à elles utilisées de manière importante par 61,11% des médecins.

Les questions ouvertes sont utilisées de manière modérée par 27 ; 78% des répondeurs et faiblement par 11,11% d'entre eux.

Le résumé est pratiqué modérément par 16,67% des médecins et de manière minimale par 22,22% d'entre eux.

En n'analysant les réponses des médecins ayant déclaré ne pas connaître l'EM, on constate que ceux ci utilisent tous les principes de base de l'EM, de manière important concernant les questions ouvertes, le recours à la valorisation, à l'écoute réflective et au résumé pour 66,66% d'entre eux, et de manière modérée pour 33,33% des praticiens.

De plus on note chez les médecins ayant répondus ne pas pratiquer l'EM en consultation, une utilisation des principes de l'Entretien Motivationnel :

Pour les questions ouverte, un recours modéré à important pour 80% d'entre eux

Pour la valorisation, un recours modéré à important pour 80% d'entre eux

Pour l'écoute réflective, un recours modéré à important pour 70% d'entre eux

Pour le résumé, un recours modéré à important pour 50% d'entre eux.

Cela traduit une pratique informelle, inconsciente de l'EM au cours des consultations

3.4.2 Pratique de l'entretien motivationnel

Parmi les 19 répondants, 9 ont déclaré avoir déjà pratiqué l'EM en consultation, soit 47,37%.

En ne prenant en compte que les médecins ayant connaissance de la méthode de l'entretien motivationnel avant l'enquête, le taux de pratiquants de l'EM passe 56,25%

Pratique	Effectif	Pourcentage
Oui	9	47,37%
Non	10	52,63%

Tableau 22 - Pratique de l'entretien motivationnel.



Figure 19 - Pratique de l'entretien motivationnel.

	Oui	Non	
Homme	4	5	**9**
Femme	5	5	**10**
	9	**10**	

Tableau 23 - Tableau croisé sexe / pratique de l'EM.

Absence de différence significative corrélée au sexe. (test de Fischer : p > 0,9)

	Oui	Non	
Bretagne	4	7	**11**
Hors Bretagne	5	3	**8**
	9	**10**	

Tableau 24 - Tableau croisé faculté d'origine / pratique de l'EM.

La comparaison à la faculté d'origine ne montre pas de différence significative (test de Fischer : p = 0,720)

3.4.3 Intérêt pour la pratique de l'EM (effectif total = 10 : non pratiquants)

Intérêt	Effectif	Pourcentage
Oui	4	40,00%
Non	6	60,00%

Tableau 25 - Intérêt pour la pratique de l'EM.

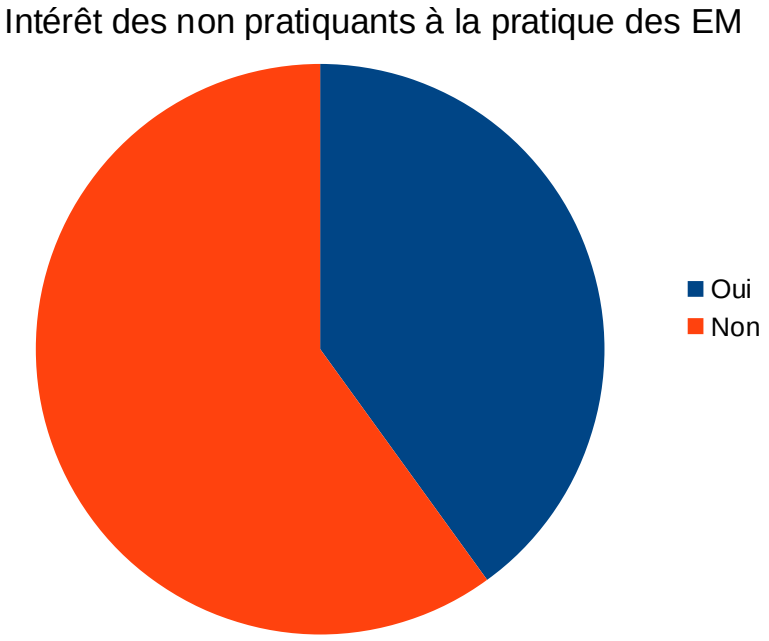


Figure 20 - Intérêt pour la pratique de l'EM.

Sur les 3 participants ayant répondu ne pas connaître les EM en début de questionnaire, 1 médecin (soit 33,33%) a signifié son intérêt à débuter la pratique de l'EM.

En prenant en compte les réponses aux 2 questions précédentes, il apparaît que 63,15% de tous les médecins répondants, pratiquent ou sont intéressés par la pratique de l'EM.

3.4.4 Temps de pratique de l'EM (effectif total = 9 : pratiquants)

Temps de pratique	Effectif	Pourcentage
< 1 an	0	0,00%
1 < 3 ans	2	22,22%
4 < 6 ans	5	55,56%
7 < 10 ans	2	22,22%
> 10 ans	0	0,00%

Tableau 26 - Temps de pratique de l'EM

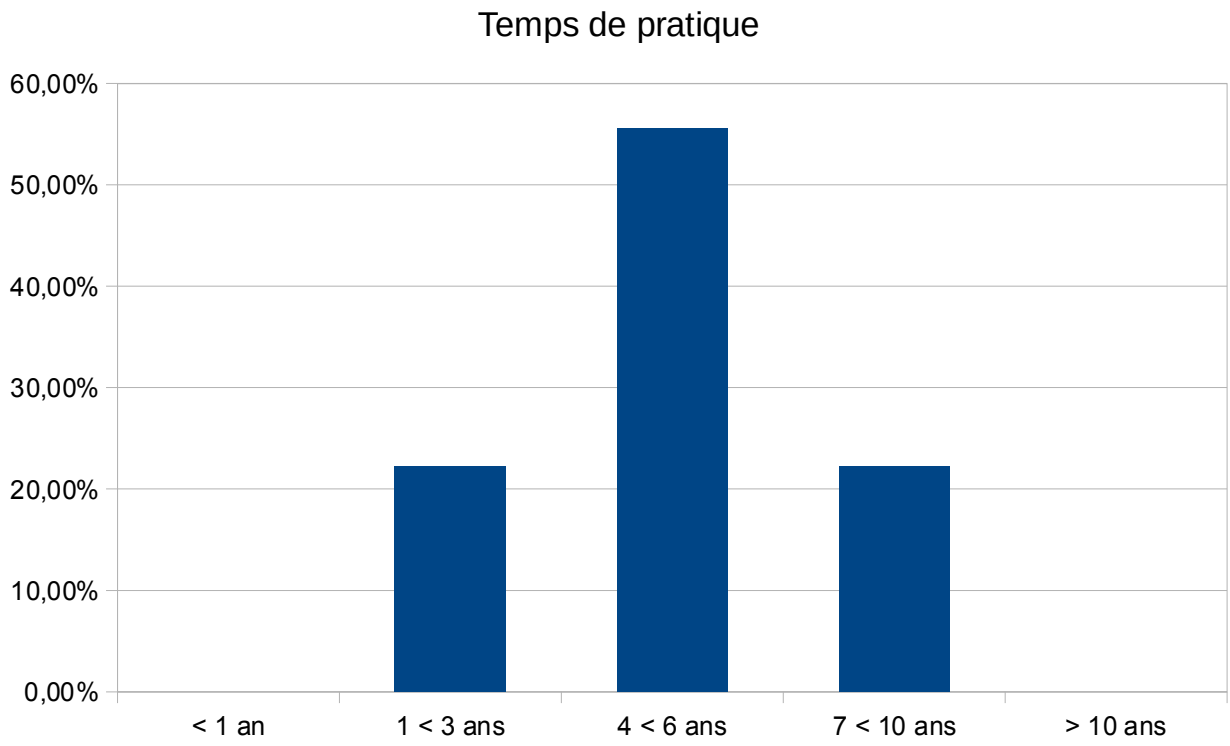


Figure 21 - Temps de pratique de l'EM.

3.4.5 Fréquence de pratique (effectif total = 9 : pratiquants)

Fréquence	Effectif	Pourcentage
< 1/sem	1	11,11%
> 1 / sem	1	11,11%
> 1 / j	2	22,22%
< 50 % Consultations	2	22,22%
> 50 % Consultations	3	33,33%
100 % Consultations	0	0,00%

Tableau 27 - Fréquence de pratique de l'EM.

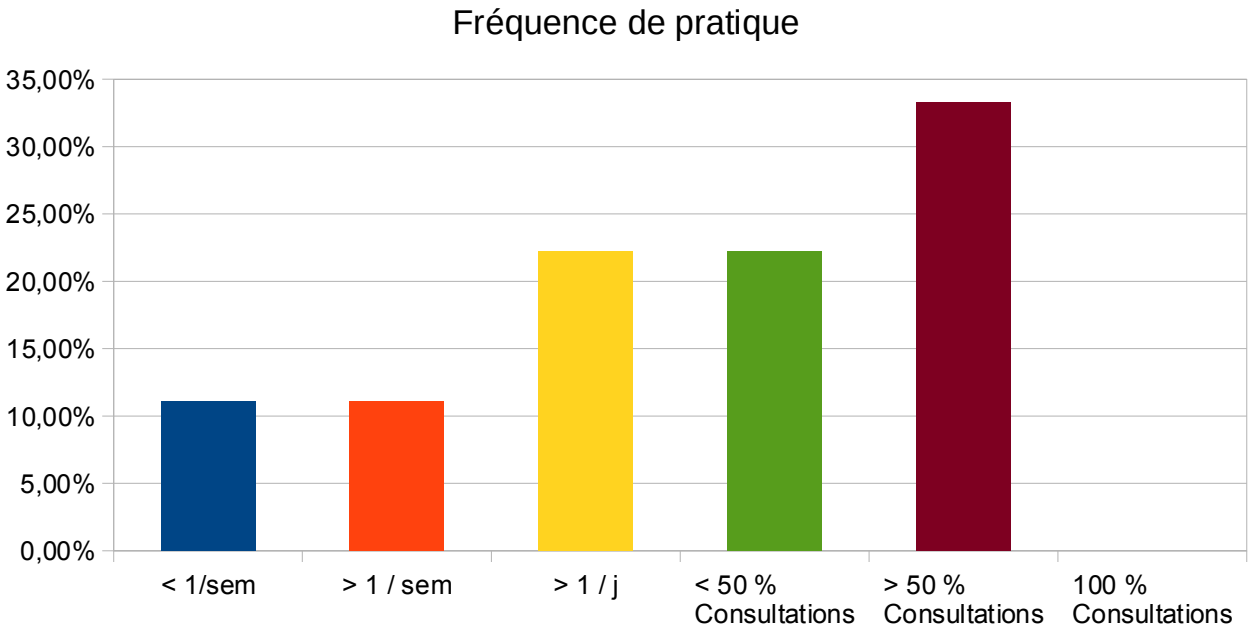


Figure 22 - Fréquence de pratique de l'EM.

3.4.6 Champs d'application (effectif total = 9 : pratiquants)

Champ d'application	Effectif	Pourcentage
Addictions	8	88,89%
Comportements Alimentaires	8	88,89%
Activité Physique	9	100,00%
Education Thérapeutique	8	88,89%
Vaccination	7	77,78%

Tableau 28 - Champs d'application de l'EM.

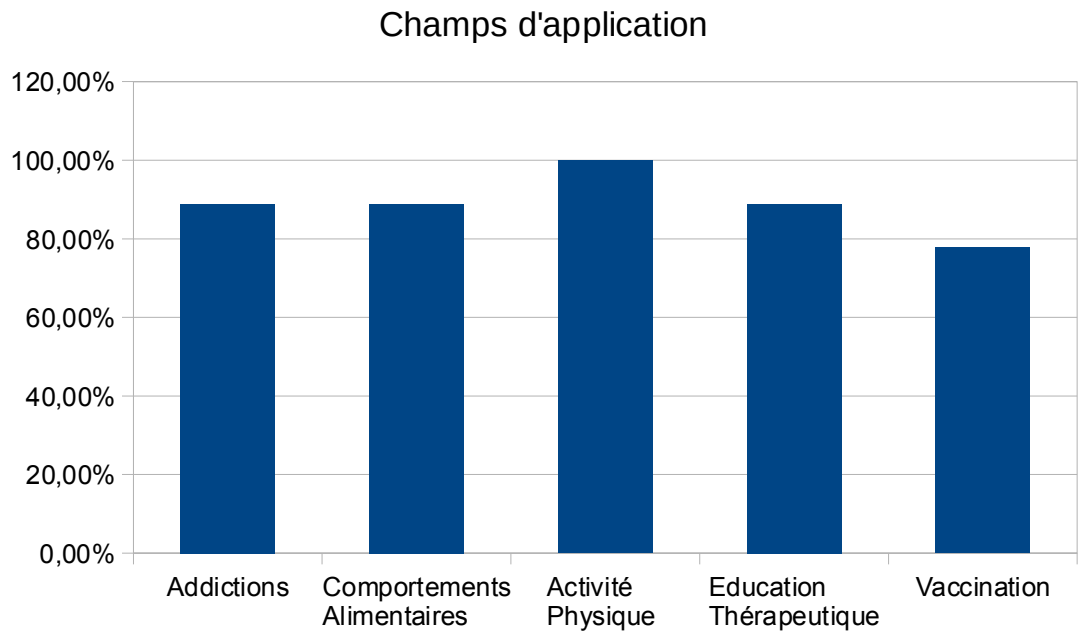


Figure 23 - Champs d'applications de l'EM.

3.4.7 Influence sur le temps de consultation

L'analyse des résultats pour l'ensemble des médecins ayant répondu à la question de l'influence de l'EM sur le temps de consultation, montre une durée de consultation augmentée pour 61,54% des praticiens et une absence de changement sur le temps de consultation pour 38,46% d'entre eux.

L'utilisation de l'EM ne permet pas de diminution du temps de consultation pour les médecins répondeurs.

L'analyse des réponses uniquement dans le groupe des médecins pratiquant l'EM met en valeur une durée de consultation augmentée seulement chez 44,44% d'entre eux et une absence de changement pour 55,55% d'entre eux

Changement	Effect	Pourcentage
Durée diminuée	0	0,00%
Pas de changement	5	38,46%
Durée augmentée	8	61,54%

Tableau 29 - Influence sur le temps de consultation.

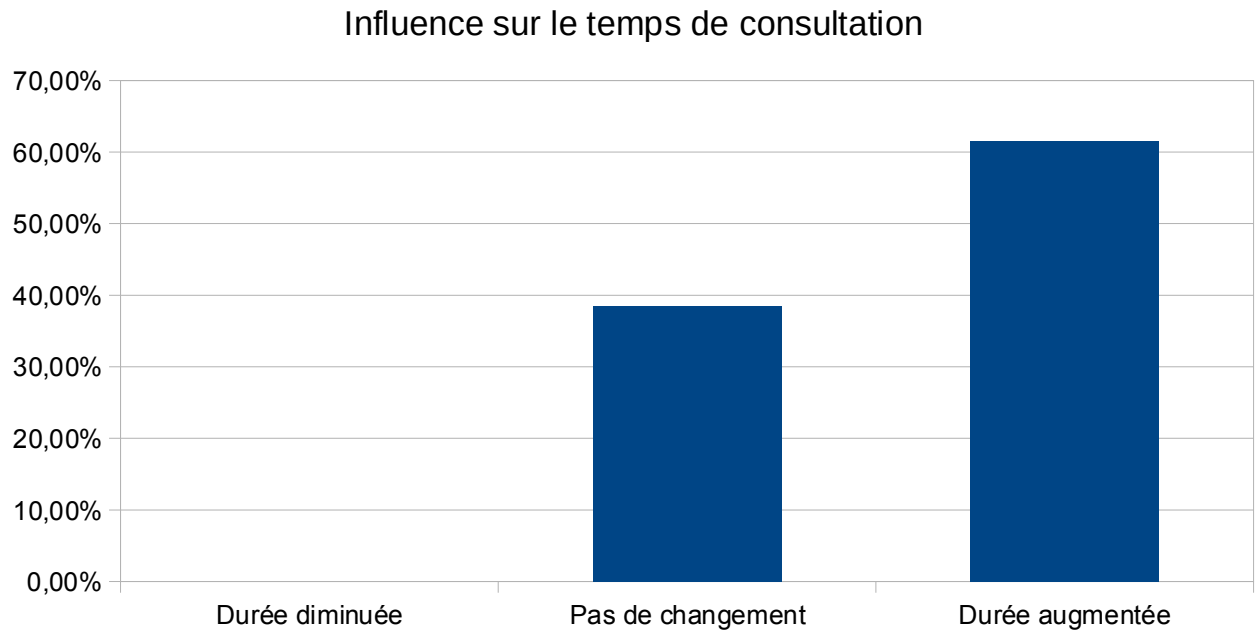


Figure 24 - Influence sur le temps de consultation.

3.4.8 Apports des EM à la pratique de médecine générale (effectif total : 10, 9 NSP)

Concernant les apports à la pratique médicale, l'EM amène pour la majorité des médecins répondeurs (70%), une meilleure relation médecin patient et une diminution du sentiment d'impuissance avec de meilleurs résultats en terme de changement de comportement.

Il permet une meilleure communication pour 50% d'entre eux.

Apport	Effectif	Pourcentage
Meilleure relation Médecin-patient	7	70,00%
Meilleurs résultats	7	70,00%
Meilleure communication	5	50,00%
Diminution du Sentiment D'impuissance	7	70,00%

Tableau 30 - Apports des EM à la pratique de médecine générale.

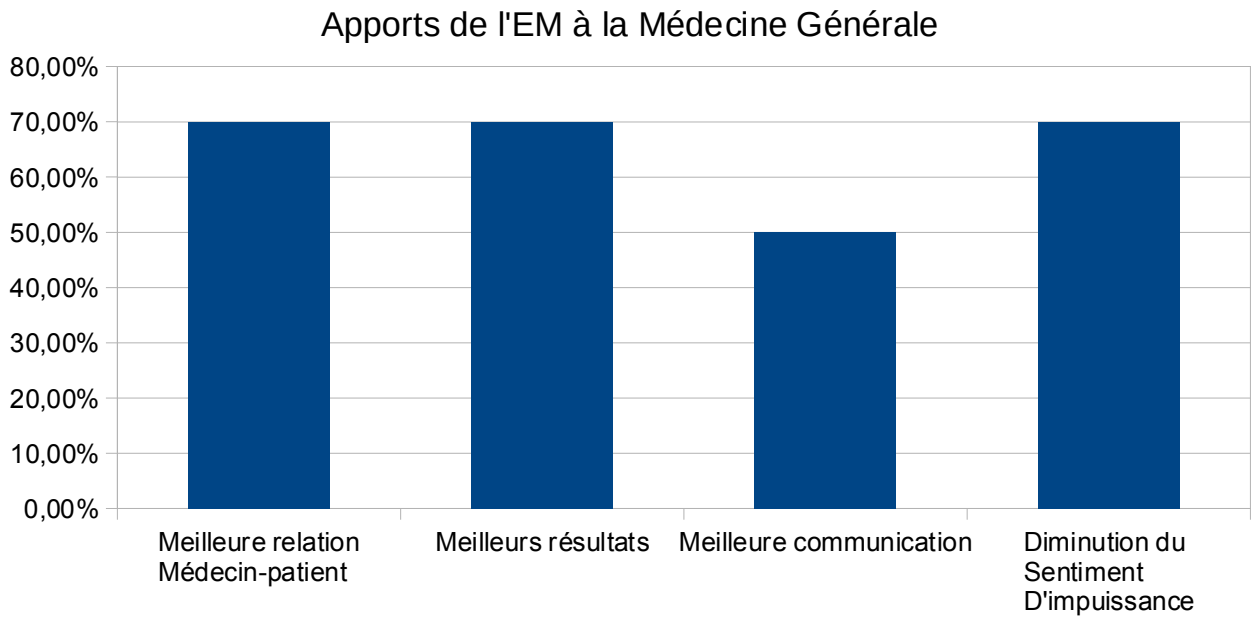


Figure 25 - Apport des EM à la pratique de la médecine générale.

3.4.9 Freins à l'utilisation de l'EM

Le principal frein à l'utilisation de l'EM, pour les médecins de l'étude, est l'allongement du temps de consultation, pour 61,54% d'entre eux.

Le 2ème frein étant l'utilisation non universelle à tous les patients pour 38,46 des praticiens répondeurs.

Cependant, dans le groupe de médecins pratiquant l'EM, l'allongement du temps de consultation ne revient que pour 44,44% d'entre eux, comme frein à son utilisation, à égalité avec l'utilisation non universelle à tous les patients

Frein	Effectif	Pourcentage
Allongement du temps de Consultation	8	61,54%
Utilisation non universelle À tous les patients	5	38,46%
Risque de focalisation sur les changements de Comportements	1	7,69%
Inefficacité	0	0,00%

Tableau 31 - Freins à l'utilisation des EM.

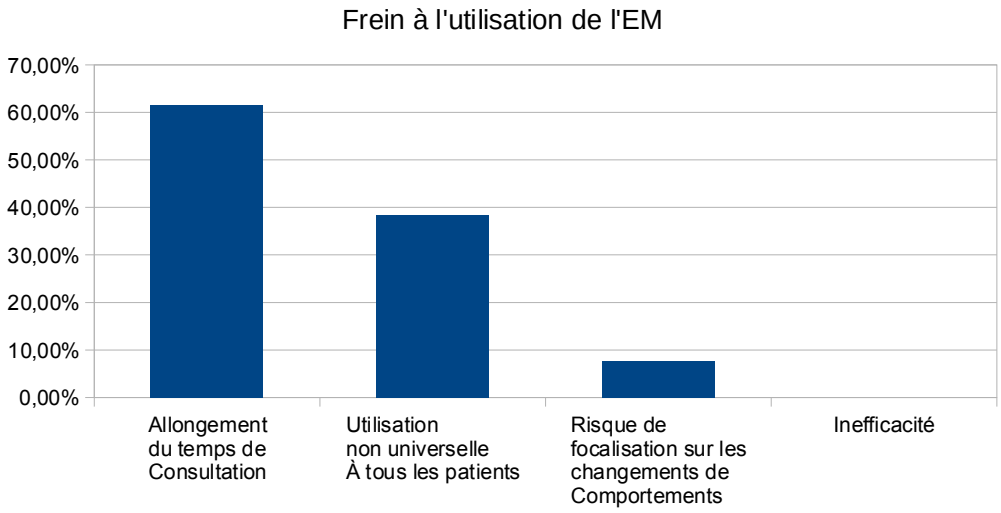


Figure 26 - Freins à l'utilisation des EM.

3.4.10 Confiance dans la poursuite de la pratique (effectif total : 13)

Le niveau de confiance dans la poursuite de la pratique de l'EM n'est faible que pour 7,69 % des praticiens répondeurs.

Il est élevé et très élevé pour 53,8% d'entre eux et modéré pour 30,7%.

Chez les médecins de l'enquête, pratiquant l'EM, la confiance à la poursuite de la pratique est élevée et très élevée chez 77,77% d'entre eux

Confiance	Effectif	Pourcentage
nulle	0	0,00%
faible	1	7,69%
modérée	4	30,77%
élevée	5	38,46%
très élevée	2	15,38%

Tableau 32 - Niveau de confiance dans la poursuite de la pratique de l'EM.

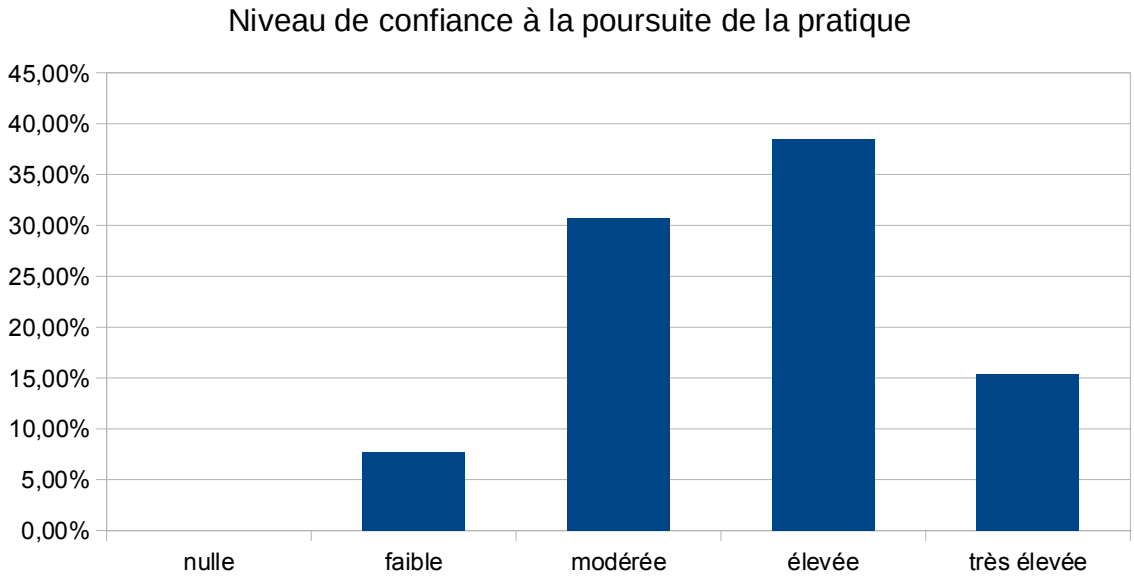


Figure 27 - Niveau de confiance dans la poursuite de la pratique de l'EM.

3.4.11 Intérêt à la formation (effectif total : 17)

Intérêt	Ef ect f	Pourcentage
Oui	11	64,71%
Non	6	35,29%

Tableau 33 - Intérêt à la formation aux EM.

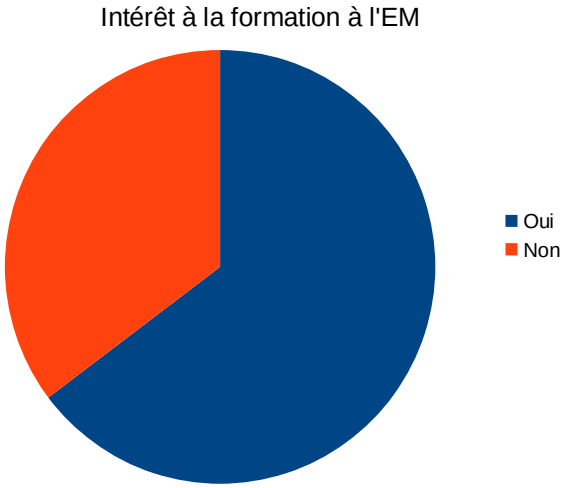


Figure 28 - Intérêt à la formation aux EM.

Comparaison au sexe → les femmes sont plus intéressées, de façon peu significative (test de Fischer : p = 0,132)

	Oui	Non	
Homme	4	5	**9**
Femme	7	1	**8**
	11	**6**	

Tableau 34 - Tableau croisé intérêt à la formation aux EM / sexe.

Comparaison à la faculté d'origine → pas de différence significative (test de Fischer : p = 0,339)

	Oui	Non	
Bretagne	8	3	**11**
Hors Bretagne	3	3	**6**
	11	**6**	

Tableau 35 - Tableau croisé intérêt à la formation aux EM / faculté d'origine.

3.4.12 Méthodes de formation à l'EM souhaitées par les praticiens (effectif total : 13)

Vecteur	Effectif	Pourcentage
Session de FMC	9	69,23%
DU	1	7,69%
Organisme de formation À l'entretien motivationnel	1	7,69%

Tableau 36 - Méthodes de formation à l'EM souhaitées par les praticiens

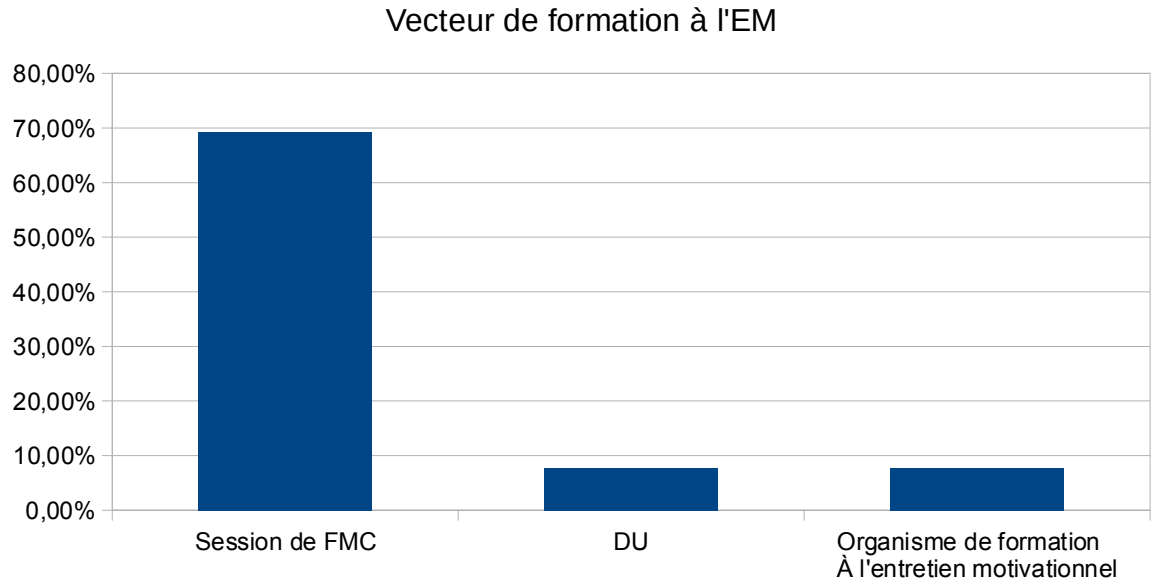


Figure 29 - Méthodes de formation à l'EM souhaitées par les praticiens.

3.4.13 Besoins ciblés de formation à l'EM (effectif total : 13)

En terme de besoin de formation, c'est l'initiation à la méthode de l'EM qui est plébiscitée par 46,15 % des médecins répondeurs, viennent ensuite des besoins de perfectionnement et d'échange de pratique pour 38,46% d'entre.

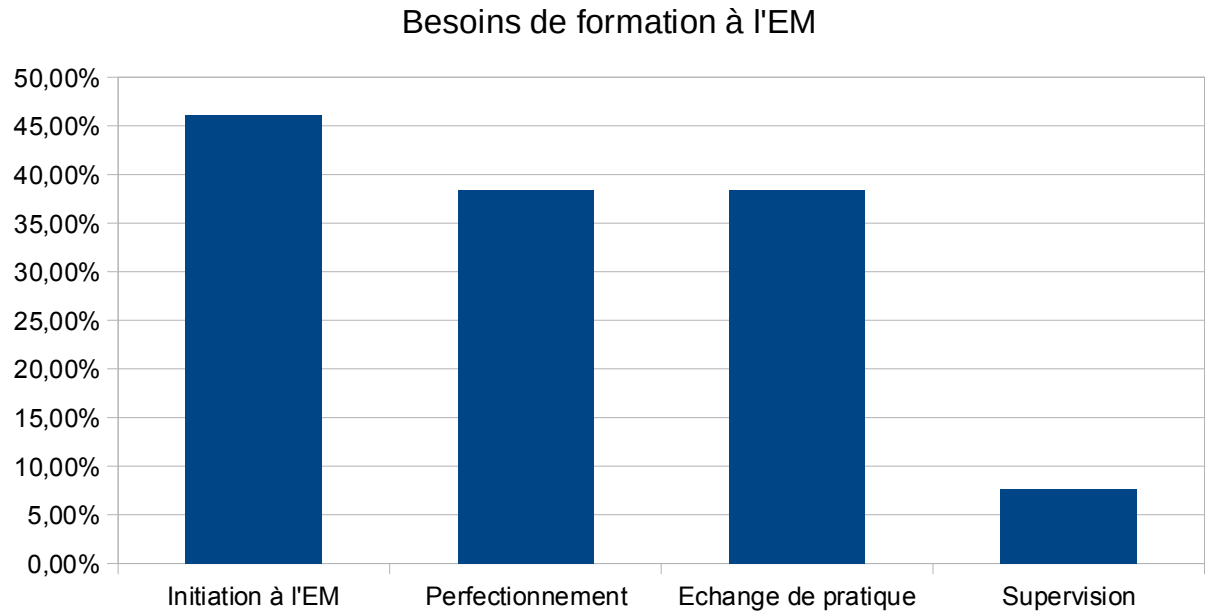
Le besoin de supervision n'est cité que par 7,69% des répondeurs.

Chez les médecins pratiquants c'est le besoin de perfectionnement qui est cité en premier, pour 44,44% d'entre suivi par le besoin d'échange de pratiques pour 33,33% des praticiens

Besoin	Effectif	Pourcentage
Initiation à l'EM	6	46,15%
Perfectionnement	5	38,46%
Echange de pratique	5	38,46%
Supervision	1	7,69%

Tableau 37 - Besoins ciblés de formation à l'EM.

Figure 30 - Besoins ciblés de formation à l'EM.



4. Discussion

4.1 Taux de réponse

7,19% des médecins interrogés ont participé à notre enquête.
Le Morbihan comptait en 2015, 664 médecins généralistes libéraux en activité (18).

L'échantillon représente donc 2,86% de la population des médecins généralistes libéraux du Morbihan.

Le nombre et le taux de réponses auraient pu être améliorés par une diffusion plus large du questionnaire.

Il aurait été judicieux d'étendre sa diffusion à l'ensemble des médecins généralistes du Morbihan répondant aux critères d'inclusion.

Cela aurait nécessité de passer par un autre intermédiaire que l'URPS Bretagne.

Le choix d'un autre relais de diffusion du questionnaire aurait également permis d'effectuer des relances, ce que ne permettait pas l'URPS

Le taux de réponse aurait pu être également majoré, en choisissant une période plus propice que le mois de décembre.

Outre ce biais de recrutement, on peut noter également de par ce type d'enquête auto-administrée, un biais de désirabilité sociale.

Bien que le questionnaire soit anonyme, le sondé peut être amené à donner des réponses plus favorables afin de ne pas être jugé par ses confrères.

4.2 Population

4.2.1 Âge et sexe

Concernant ces deux principaux indicateurs démographiques, l'échantillon est statistiquement différent de la population actuelle des médecins généralistes du Morbihan (18).

La population de l'échantillon est plus jeune (85% de médecins de moins de 60 ans) que la population de médecins généralistes morbihannais (75% de médecins de moins de 60 ans)

La population de l'échantillon est également plus féminine que celle des médecins généralistes du Morbihan (52% de femmes contre 45%)

4.2.2 Faculté de formation

La Facultés de Rennes - 52,63% des répondants - est logiquement surreprésentée dans l'enquête.
Le comportement de sédentarité des médecins, et des médecins généralistes notamment, qui s'installent en grande majorité dans la région de leur thèse, a été observé dans plusieurs études portant sur le sujet de la démographie médicale (19,20).

4.2.3. Capacités d'aide aux changements de comportement

82% des médecins de l'étude jugent leur capacité d'aide au changement de comportement, modéré à bonne.

Ces résultats semblent en adéquation avec les résultats d'une étude relayée par l'union nationale des associations de formation médicale et d'évaluation continue (UNAFORMEC) et la société française de documentation et de recherche en médecine (SFDRMG) (21).

Les médecins français se sentent plutôt efficaces dans l'aide aux changements de comportement, à l'exception de l'alcool et des drogues.
Ce sentiment d'efficacité concerne 80% des médecins pour l'éducation thérapeutique (asthmatiques, diabétiques, hypertendus), il est particulièrement important pour le dépistage des cancers, 90% des praticiens, moins pour les règles hygiéno-diététiques (alimentation, exercice physique, usage du préservatif), autour de 60% et un peu moins pour le tabac, 50% des soignant.

Le sentiment d'inefficacité est assez peu exprimé, 3 à 7%.

4.3 Connaissance de l'Entretien Motivationnel

Dans l'enquête 84% des médecins déclarent connaître l'EM.
Cette population est cependant surestimée par le biais de recrutement, qui amène les médecins connaissant cette méthode, à répondre en priorité, se sentant intéressé et concerné par le sujet.

Les vecteurs de découverte majoritaires de l'entretien motivationnel, sont : les sessions de formation médicale continue et la littérature médicale.

Ce taux de connaissance de l'EM dans le Morbihan est relativement important comparé à ceux des chiffres Bretagne, tout départements confondu : 65,3% et au chiffre national : 74,7%, rapportés en 2012, par l'enquête du Dr Veit. (22)

L'absence de significativité des tableaux croisés empêche de mettre en évidence une influence de l'âge et de la faculté d'origine sur la connaissance des EM.

Dans la littérature (22) il a été toutefois mis en évidence que les médecins formés à l'étranger semblaient mieux connaître les EM. Pour les médecins formés en France, ceux issus des facultés de Montpellier, Lyon, Grenoble et Paris V sont les mieux informés.

Par ailleurs la connaissance de l'entretien motivationnel exprimée, correspond-elle à une réelle intégration de la méthode et de ses composantes spécifique ou juste à une notion vague issue d'une découverte fortuite, ou bien encore est-elle confondue avec l'approche empathique, qui prévaut lors de tout colloque singulier, ou avec les autres méthodes développées dans la première partie ?

Des précisions seront apportées dans le paragraphe consacré à la pratique de l'EM.

4.3.1 Champs d'applications de l'EM

A la question sur les champs d'application possibles de l'entretien motivationnel, la prise en charge des addictions, l'activité physique et les comportements alimentaires (ces 2 éléments étant à intégrer dans les mesures hygiéno-diététiques) ainsi que l'éducation thérapeutique (et donc l'intervention dans la prise en charge des maladies chroniques) ont été les domaines d'utilisation plébiscités par médecins de l'étude.

Les champs d'application de l'EM, en situation clinique réelle, cités par les médecins de l'étude, pratiquant la méthode, recoupent ceux cités comme champs d'application possible.
Ces réponses rejoignent celles d'autres études sur le sujet (22, 23, 24).

L'association Francophone de diffusion de l'entretien motivationnel (AFDEM), met également en avant à travers sont site internet ces domaines d'application (25) :

« L'EM est né et continu à se développer en addictologie (alcool, tabac, drogues, mais aussi jeu pathologique etc.), avec les adultes et les adolescents.

La prévention de la maladie chronique, sa prise en charge avec ses contraintes d'hygiène de vie et d'observance des traitements médicamenteux, mais aussi l'éducation thérapeutique sont d'autres champs importants d'utilisation de l'EM dans le domaine de la santé (diabète, TCA, cardiologie, VIH, apnée du sommeil, etc.) ».

Au sujet des professionnels pouvant trouver un intérêt à la pratique de l'EM, les médecins généralistes en premier lieu, puis les professions paramédicales, infirmier, psychologues et diététiciens ont été plébiscités par les médecins répondeurs.

Les médecins spécialistes d'organe ont été cités dans une moindre mesure.

Concernant la médecine générale, ces réponses rejoignent l'avis de la HAS, qui 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…) (4).
Elle estime également que l'EM propose des principes «facilement applicables en médecine générale» (4).
Les réponses des médecins sondés sont également en accord avec ce que recense l'AFDEM sur son site.

Elle intègre également en plus de l'ensemble des intervenants de santé, les professionnels du secteur social, conseillers d'insertion et de probation, les

travailleurs sociaux en général intervenant auprès d'adolescents et d'adultes en parcours d'insertion sociale ou professionnelle.

Il est intéressant de noter que parmi les intervenants de santé, les pharmaciens d'officine peuvent trouver un grand intérêt dans l'utilisation de l'EM, comme la mise en avant dans son travail de thèse le Dr Bulard, par des interventions brève, chez des patients en pré-contemplation et contemplation, pour faire naître la réflexion et révéler l'ambivalence (26).

L'AFDEM cite également les professionnels du secteur éducatif, notamment dans l'accompagnement des élèves en difficulté et en décrochage scolaire.

4.3.2 Formation aux EM :

Dans l'enquête, une minorité des médecins répondeurs (36,48%), ont reçu une formation - toutes méthodes confondues - pour les aider dans la prise en charge des changements de comportements de leurs patients.

Concernant la formation spécifique aux EM, seuls 25% des médecins connaisseurs des EM ont répondu avoir reçu une formation sur cette méthode.

Cela semble faible en comparaison des résultats des autres enquêtes sur le sujet.

Dans l'étude du Dr Veit (22), il a été mis en évidence un taux de formation de plus de 90% chez les médecins connaisseur de l'EM.

Formations réalisées principalement par la participation à des séminaires de formation continue pour 52% d'entre eux alors que ce mode de formation ne représente que 12,5% des médecins connaisseurs de l'EM de notre étude

Il est à noter, que dans les résultats de notre étude, la proportion de médecin ayant découvert l'EM ou ayant été formé à l'EM lors du cursus initial, est très faible (6,67%)

On retrouve les mêmes constatations dans les études du Dr Alam Solty et du Dr Veit (22,24).

Cependant, dans notre enquête, comme dans les études sus citées, la population de médecins de moins de 40 ans est très faiblement représentée, alors que des formations en EM ont été développées ces dernières années, comme c'est le cas au département de médecine générale de Rennes.

La carence de formation au cours du cursus médical, en terme de communication avec le patient - dont l'EM est un outil, à l'utilité validée, parmi d'autre - est bien reconnue par l'ensemble des responsables de l'enseignement des futurs soignants ainsi que par les étudiants eux même.

En 2005 une étude de l'université Paris V à mis en avant que les internes étaient insatisfaits de la part accordée à l'enseignement de la communication : 65% d'entre

eux ne s'estimaient pas assez préparé aux difficultés rencontrées dans la relation médecin patient (27).

D'autant plus que la formation médicale initiale est largement et quasi exclusivement consacrée à l'apprentissage biomédical, qui peut entrainer le futur médecin dans une relation asymétrique ou le soignant expert dirige un patient passif vers ce qu'il doit faire.

Cette inclination peut avoir comme effet paradoxal, de renforcer le reflexe correcteur, qui, comme cela a été décrit précédemment, est une tendance naturelle propre à tous les individus.

Pour pallier à ce déficit, le Collège National des généralistes Enseignants (CNGE) et la Confère des Doyens des facultés de médecines organisaient en mai 2012 un colloque intitulé : « Enseigner, à tous les médecins, la communication professionnelle avec les patients : un enjeu fondamental pour la qualité des soins » (28)

Le ministère de l'enseignement supérieur est de la recherche, a lui, notifié son souhait d'intégrer cette sensibilisation à la communication (29).

En effet le bulletin officiel n°20 du 16 mai 2013 ayant trait à l'organisation de la formation médicale au cours du 2ème cycle, mentionne en annexe la nécessité pour l'étudiant, d'acquisition de la compétence de communicateur définit comme tel :

« Échangeant de façon dynamique avec le patient et son entourage, collaborant avec les différents professionnels du système de santé, l'étudiant a conscience des enjeux de la relation et de la communication verbale et non verbale sur la qualité des soins.

Il :

- établit une communication axée sur le patient, par le biais de la prise de décisions partagées et d'interactions efficaces fondées sur l'éthique et l'empathie ;

- obtient les renseignements pertinents et les points de vue du patient, de son entourage, des collègues et des soignants, et sait en faire la synthèse ;

- apprend à gérer son stress et celui des autres acteurs ;

- discerne quelle information doit être délivrée au patient, à son entourage, aux collègues et aux soignants, de manière claire, loyale et appropriée à leur niveau de compréhension et à leur culture, en s'appuyant sur les recommandations de bonne pratique ».

On retrouve par ailleurs cette notion, citée en premier dans les objectifs terminaux de l'apprentissage de l'exercice médical :

« La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluri professionnelle. La communication avec le patient et son entourage.

- Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle
- Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins.
- Favoriser l'évaluation des compétences du patient et envisager, en fonction des potentialités et des contraintes propres à chaque patient, les actions à proposer (à lui ou à son entourage) : éducation thérapeutique programmée ou non, actions d'accompagnement, plan personnalisé de soins »

Concernant plus spécifiquement la formation à l'EM d'autre faculté ont également introduit des modules de formation à l'EM au cours du 3ème cycle, comme à Rouen, à Clermont Ferrand, Paris Est Créteil, Limoge.

La faculté de Montpellier propose un DU Entretien Motivationnel, crée en 2011 par le Dr Guy Azoulay, grand promoteur de l'entretien motivationnel en France au travers de nombreuse formations et collaboration.

Le propos n'est pas ici de promouvoir l'EM comme seule entité nécessaire et suffisante à l'intégration des aspects et des concepts de la relation patient-médecin ainsi qu'à la prise en charge des difficultés inhérente à celle ci.
Mais bien de signifier que cette méthode, ou ce style clinique, qui apparaît comme un outil modélisé de la relation patient médecin et dont l'efficacité a été démontrée, trouve particulièrement sa place parmi les enseignements dédiés au développement des compétences relationnelles des étudiants en médecine.

Ces enseignements en accord avec l'ordonnance de 2013, devraient pouvoir s'intégrer dès le début de la formation initiale et se poursuivre en FMC.

Ce mouvement a déjà débuté dans certaine faculté et il est souhaitable que cela s'uniformise sur tout le territoire et dans l'ensemble des facultés.

La formation initiale bien que primordiale dans le domaine de la communication et particulièrement dans le cadre de la pratique de l'EM, devant également être prolongée et relayée par la pratique régulière et la formation continue pour permettre la remise en question et éviter le retour aux habitudes.

Ces phénomènes sont rappelés dans différents travaux sur le sujet (30), cela confirme encore une fois l'intérêt de la formation.

L'analyse des résultats de notre étude montre d'ailleurs un intérêt certain de la majorité des praticiens pour la formation, et principalement par le biais d'organismes de FMC.

Il n'a pas été possible dans l'étude, de mettre en avant de manière significative, l'influence de la formation sur la fréquence de la pratique de l'EM en consultation, mais cela a été démontrée dans d'autres travaux (22,30).

Le vecteur de formation plébiscité par les médecins de l'étude est celui des organismes de FMC

Comme cela a déjà été évoqué, il existe en France divers moyens de se former à la pratique de l'EM. De manière non exhaustive, il est possible de citer, les formations de l'AFDEM (formation de base et d'approfondissement), le DU d'entretien motivationnel Montpellier, de TCC et d'addictologie de Clermont Ferrand, les organismes de FMC comme FMC Action proposent des FMC sur l'entretien motivationnel, l'association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie, groupes de pairs, etc.

En parallèle du mode de formation, il semble important de préciser la durée recommandée de cette même formation.
Les études conduites à ce jour, sur la formation nécessaire pour maîtriser l'EM recommandent des durées de formations supérieures à quarante heures, dont l'aspect le plus important serait la supervision d'entrevues enregistrées par les intervenants en formation (31,32).

4.4 Pratique de l'entretien motivationnel

L'enquête montre un recours déclaré à l'EM pour seulement 47,3% des praticiens.

Ce résultat semble faible en comparaison des 95,7% de pratiquant (sur l'ensemble du territoire) dans l'étude du docteur Veit (22), avec notamment 72 % ayant déclaré une pratique modérée à importante.

Dans notre étude, parmi ces médecins pratiquants, on note une pratique déjà ancienne, plus de 4 ans pour 77,78% d'entre eux.

Il est également mis en évidence une utilisation plutôt fréquente chez les pratiquants, avec un recours quotidien déclaré pour 77,77% d'entre eux.

Les champs d'application privilégiés par les médecins pour le recours aux EM sont en premier choix la promotion et la motivation à la pratique de l'activité physique, viennent ensuite à parts égales, le travail sur les addictions toutes formes confondues, la motivation aux changements de comportements alimentaire ainsi qu'en soutien à l'éducation thérapeutique.

Ces domaines plébiscités pour le recours des EM par les médecins généralistes sont les même que ceux mis en avant par les autres études sur le sujet, à l'exception, de la prise en charge des problématique psychologiques qui n'ont pas été cité par les médecins de notre étude.

Cela confirme l'élargissement du champ d'usage et d'efficacité de la pratique, décrite initialement pour la prise en charge des patients dépendant, elle se révèle très utile chaque fois que l'accompagnement médical doit mener à une modification des habitudes de vie.

Il serait cependant intéressant de connaître les raisons de cette absence dans les réponses données, de recours aux EM dans la prise en charge des problématiques psychologiques.

Simple oubli ou absence réelle de recours aux EM dans ce domaine ?

Car l'enjeu de l'ambivalence par rapport à un changement de comportement précis est particulièrement pertinent en psychiatrie.

Que ce soit pour augmenter l'assiduité aux rendez vous, la prise régulière d'un médicament, la collaboration à un traitement psychothérapeutique, la réduction d'une habitude de vie néfaste ou l'adoption de nouveaux comportements, les cible de l'intervention motivationnelle sont multiples.

De plus, l'approche motivationnelle à une efficacité démontrée dans la littérature (32), dans les différentes catégories diagnostiques des troubles psychiatriques que sont l'épisode dépressif majeur, les troubles anxieux et épisode de stress post traumatique (ESPT), les troubles des conduites alimentaires et même aux troubles concomitants de psychose, avec cependant une adaptation des techniques aux déficits cognitifs inhérents à la maladie.

Autre élément notable qui émerge de l'analyse des résultats : 31,5% des praticiens ayant répondu connaître l'EM, ont également déclaré ne pas y avoir recours.

La connaissance d'une pratique n'entraine pas systématiquement une adhésion à celle ci, et elle n'amène pas à sa pratique systématique.

Il a été par ailleurs, mis en évidence, de manière non significative dans l'enquête, mais cela rejoint les constatations d'autres études, qu'il existe un recours informel aux 4 grands principes de l'EM.

Les recours aux principes de l'EM apparaissent logiquement de manière plus importante chez les praticiens ayant signifié connaître la méthode et évidemment de manière plus marquée chez les praticiens ayant déclaré pratiquer les entretiens motivationnels en consultation.

Ces deux entités qui ressortent de l'analyse des résultats, que sont :

- l'absence de recours aux entretiens motivationnels chez les praticiens qui connaissent la méthode, ainsi que,
- le recours aux techniques de l'EM par des praticiens qui déclarent ne pas connaître la méthode et/ou ne pas la pratiquer,

viennent renforcer l'idée de l'intérêt d'une formation spécifique aux EM.
Une telle formation ayant pour but notamment de mieux appréhender les différents éléments qui composent le style motivationnel et les utiliser comme un tout cohérent dans un souci d'efficience maximal.
On note en effet une sous utilisation du résumé, principalement, mais également de l'écoute réflective - technique primordiale de l'EM - en comparaison des deux autres techniques que sont la valorisation et les questions ouvertes.

Une formation spécifique, enfin, pour répondre également aux questions de ceux qui connaissent déjà la méthode mais ne la pratique pas ou peu, et ainsi lever les freins ou les idées fausses la concernant, (souvent représentée aux yeux des soignant comme une « technique » difficile et chronophage, loin du vécu de stress et de nécessaire rapidité) (33), pour potentialiser son utilisation en pratique courante.

Un fait encourageant néanmoins, qui apparaît à l'analyse des résultats, est l'intérêt plutôt marqué (63,15%) des médecins non pratiquant, à l'utilisation future des EM.

4.4.1 Apports de l'EM dans la pratique médicale

Une meilleure relation médecin-patient, l'obtention de meilleurs résultats en termes de changement de comportement et une diminution du sentiment d'impuissance, sont les principaux apports de l'approche motivationnel pour les médecins de l'étude.

Concernant l'efficacité en terme de résultats, cela a déjà été notifié précédemment, la pratique de l'EM est fortement recommandée par la HAS (4) qui la décrit comme un esprit et une pratique qui augmente de façon bien démontrée, l'efficacité des pratiques de conseil, quelle que soit la nature du changement à opérer.

Dans la littérature, comme le souligne Arkowitz et Miller en 2008, il existe à ce jour plus d'une centaine d'études randomisées sur l'EM publiés, amenant des preuves solides quant à l'efficacité de cette approche (34).

Bien que non efficace systématiquement dans toutes les situations, un grand nombre d'études ont montré significativement de plus grand changement de comportement chez des personnes ayant bénéficié de l'EM comparativement à d'autres n'en ayant pas bénéficié, sur un large panel de problématique, de populations, d'intervenants et de territoires.

Il est important par ailleurs de souligner qu'Hettema, Steele et Miller ont constaté dans une étude, que lorsque l'application de l'EM à différentes problématiques était associée à un autre traitement, l'effet obtenu se maintenait davantage dans le temps.

C'est ce que décrivent Arkowitz et Miller comme un « effet de synergie », chacune des méthodes renforçant l'impact de l'autre.

La revue médicale indépendante Prescrire approuve l'utilisation de l'EM, notamment dans la prise en charge des comportements addictifs « une connaissance des pratiques est néanmoins utile à une démarche d'amélioration de sa pratique professionnelle, pour une relation patient-soignant de qualité » (35,36)
L'EM peut par ailleurs avoir un impact direct sur la santé des pratiquants, comme le décrivent Rollnick, Miller et Butler : « 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 » (37,38)

Ceci constitue un élément d'explication à cette diminution du sentiment d'impuissance mis en avant par les pratiquants de l'EM dans notre étude.

Le Dr Vidaillac avait mis en avant cette notion dans son travail de thèse (23), chez des internes nouvellement formés à la pratique de l'EM.
La formation avait augmenté la confiance de tous les internes dans leurs compétences pour prendre en charge les patients aux comportements à risques.

Formation qui leur avait permis également de comprendre l'intérêt de l'engagement dans une relation de collaboration avec le patient pour rehausser l'investissement et la motivation des deux intervenants.

Ces dernières notions font écho au dernier apport des EM, signalés par les médecins de notre l'étude, à savoir l'amélioration de la relation médecin-patient.

Enfin, un excellent reflet de l'apport de l'entretien motivationnel à la pratique de médecine générale, est signifié par le niveau de confiance élevé dans la poursuite de cette pratique chez plus des ¾ des médecins pratiquants de l'étude.

4.4.2 Influence sur le temps de consultation

Les résultats de l'étude semble indiquer une tendance à l'augmentation du temps de consultation, avec l'usage des EM, pour l'ensemble des praticiens interrogés.

Cependant pour la majorité des médecins, pratiquant réellement les EM, ceux ci n'ont pas d'influence sur le temps de consultation.

Les praticiens français ressentent des freins à leur démarche éducative, surtout la résistance des patients (40%) et le manque de temps (30%) (39)

Il ressort du travail de thèse du Dr Solty (24) que la pratique de l'EM n'a pas d'influence sur le temps de consultation des médecins généralistes y ayant réellement recours - ce qui renvoie aux données de notre étude.

Dans l'étude du Dr Solty, seuls les spécialistes et les néophytes voient leurs séances allongées avec l'utilisation de l'EM.

Par ailleurs plus les médecins sont expérimentés moins ils trouvent l'EM chronophage, et les médecins généralistes les mieux formées à l'EM concluent même, à un gain de temps dans leur activité journalière, donnée que nous n'avons pas mis en évidence dans notre étude.

Cela rejoint, néanmoins, les écrits de Miller, Rollnick et Butler (33) : « 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. Ecouter 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. »

Par ailleurs dans leur ouvrage de 2013 (40), Miller et Rollnick consacrent un

paragraphe à cette question : « La pression du temps : à quel point l'EM peut-il être bref ? ».

Des essais cliniques montrent que des interventions motivationnelles relativement brèves peuvent aboutir à un changement significatif et il n'y a pas de preuve qu'un style directif soit plus efficace lorsque le temps est court.

D'après le British médical journal (41), le « guiding style » permet un gain de temps majeur quand il est bien maitrisé.

En 2009, une revue de 4 méta-analyses, publiés entre 2003 et 2009 (42), a également permit de mettre en évidence, qu'à niveau d'efficacité semblable, la pratique de l'EM demande moins de temps que les programmes habituellement mis en place (environ 100 minutes de moins). Ils concluent que la performance de l'EM est supérieure à celle des autres approches thérapeutiques

Le travail de thèse du Dr Veit (22), met en avant le fait que le recours aux EM ne rallonge pas nécessairement la durée de consultation, car la méthode a été adaptée à la médecine générale et à ses contraintes de temps, cependant le problème réside dans un manque global de temps attribuable au patient.

Le temps médical, étant de plus en plus grignoté par des tâches non médicales chronophages envahissantes.

Des propositions simples existent pour parer à la contrainte temps. Les outils motivationnels pouvant être intégrés au temps de la consultation sans pratiquer un véritable entretien motivationnel.

Une fois la nécessité d'un changement de comportement mise à jour chez un patient, il est possible de programmer à l'avance des consultations dédiées aux EM, ou réserver à titre systématique des plages de rendez-vous consacrées à l'EM.

4.4.3 Les freins à la pratique des EM.

Les deux principaux obstacles à la pratique des entretiens motivationnels révélés par l'étude, sont principalement l'allongement du temps de consultation et l'utilisation non universelle à tous les patients dans une moindre mesure.

L'influence sur le temps de consultation est cependant à relativiser, comme cela a déjà été mentionné dans le chapitre précédent.

En effet chez les médecins de l'enquête pratiquant réellement les EM, l'influence sur le temps de consultation, ne constitue par un frein plus important que l'utilisation non universelle à tous les patients.

Il ne devrait pas exister de réelle influence négative sur le temps de consultation induite par l'EM, c'est ce que confirme les réponse des médecins pratiquant réellement l'EM dans l'étude et ce que l'on retrouve dans d'autres travaux (24), avec une influence positive de la formation sur la durée des consultations.

Il est intéressant pour illustrer ce propos de revenir à la définition des auteurs de l'EM (40) : « L'EM n'est pas un protocole de traitement qui requiert une durée

spécifique. C'est une façon particulière de parler aux gens, de poser des questions et de réagir à ce qu'ils disent. »

C'est bien un rationnement global du temps médical à allouer aux patient qui semble constituer un frein à la prise en charge des changements de comportements.

Des leviers simples pour parer à cette contrainte ont été évoqués dans le chapitre précédent.

Concernant le frein lié à l'utilisation non universelle des EM à tous les patients, il aurait souhaitable de faire préciser l'origine de cette inadéquation.

Il cependant possible d'évoquer comme hypothèses à cette inadéquation : des difficultés de communication avec le patient en lien avec une mauvaise maitrise de la langue ou avec des troubles cognitifs ; La surprise, la réticence voire le refus de certains patients de cette approche nouvelle du médecin impliquant une forme d'introspection et de mise à nu ; La prise en charge de certaines pathologies psychiatriques.

Pour certaines de ces situations on peut également proposer des leviers. Comme la préparation de ces entretiens, avec annonce et évocation progressive au patient au décours des consultations.

D'ailleurs comme le soulignent Miller et Rollnick (7), « les patients viennent avec une multitude d'attentes. Ils peuvent s'attendre à être critiqués, guéris, conseillés, questionnés, écoutés, blâmés, éduqués, médicamentés ou consolés. Ils nous arrivent avec une variétés d'attentes, de craintes, d'espoirs et de préoccupations ».

Il est utile de donner au patient une brève introduction des la première session d'EM afin de lui présenter la façon de fonctionner.

Une bonne ouverture devrait comprendre l'annonce des éléments suivants (7) : le temps disponible ; une explication du rôle du soignant ; une explication du rôle du client ; un survol des détails qui devront être réglés ; une question ouverte.

Concernant les troubles cognitifs en lien ou non avec une pathologie psychiatrique, la littérature nous invite à adapter la pratique des EM (32).

Notamment concernant les questions ouvertes qui dans ce cas ne doivent pas être trop large pour favoriser la participation active du patient et concernant l'écoute réflective qui dans cette situation doivent coller au plus près du langage du patient au risque de perdre son attention par l'emploi d'un reflet trop élaboré.

L'emploi de méthodes favorisant l'attention et la concentration du patient pendant l'EM, telle que l'utilisation de supports visuels (images, tableaux) est encouragé.

Enfin concernant d'autres freins éventuels à la pratique de l'EM, aucun praticien de l'étude n'a mentionné la problématique de la valorisation financière, pour que cette compétence soit rémunérée à sa juste valeur, ni le problème du maintien des habitudes. Deux revendications qui reviennent dans le travail du Dr Veit et du Dr Solty. (22,24)

5. Conclusion

Ce style de conversation collaboratif qu'est l'entretien motivationnel, permettant d'initier et de renforcer la motivation propre d'une personne dans son engagement vers le changement, a été conceptualisé au cours des années 80 pour le traitement des dépendances à l'alcool.

Les résultats des expérimentations de cette méthode dans le domaine des dépendances ont rapidement suscité un engouement certain pour cette nouvelle intervention, l'EM apportant des changements thérapeutique de la même ampleur que d'autres traitements reconnus efficaces mais en beaucoup moins de temps (43).

Depuis, les multiples essais cliniques et méta-analyses sur son efficacité ont conduit à son adoption généralisée dans le milieu des traitements des addictions notamment des les pays anglo-saxons

L'EM s'est également diffusé dans le monde, et les praticiens l'utilisent aujourd'hui dans de nombreux champs de la santé mais également dans le secteur social et éducatif.

Plusieurs études ont déjà été réalisées en France sur la thématique de l'entretien motivationnel, mais peu d'entre elles se sont intéressé à la diffusion de cette méthode dans les cabinets de médecine générale, aux connaissances qu'en ont les praticiens ainsi qu'à la pratique de celle ci.

En dépit des biais de notre étude et des limites de représentativité statistiques inhérente à la taille de l'échantillon (7,2% de médecins répondeurs), des éléments de réponse ont été apportés par notre enquête descriptive réalisée par questionnaires auto administrés, adressés par voie électronique à un panel de médecins généralistes du Morbihan en décembre 2015.

Sur les 19 médecins répondeurs de l'étude, la connaissance de l'entité entretien motivationnel est très certainement surévaluée, puisqu'elle représente 84% de l'effectif.

Cela donne toutefois une indication de diffusion significative de la méthode chez les généralistes morbihannais, diffusion portée par les sessions de FMC et la littérature médicale.

Les connaissances notre échantillon concernant les modalités pratiques de l'EM semblent tout à fait en accord avec la réalité actuelle.

Cette connaissance du style motivationnel est toutefois imparfaite, avec un recours inhomogène aux différentes techniques de l'EM.

Cela amenant un retentissement très probable sur l'efficacité de la méthode, ainsi qu'une sur évaluation des freins à la pratique de celle ci, notamment concernant l'allongement du temps de consultation.

En cause, très probablement, le faible taux de praticiens formés concrètement à la pratique de l'entretien motivationnel.

Seul 25% des praticiens de l'étude avaient reçu une formation dans ce domaine, par autoformation principalement.

Les perspectives dans le domaine de la formation semblent cependant plutôt favorables, en effet une majorité des médecins de l'échantillon semblent motivé par la formation à l'EM. Ce sont les sessions de FMC qui sont plébiscités comme moyen de formation à cette méthode.

Par ailleurs une majoration de l'offre de formation initiale lors des études médicales et de l'internat semble en cours depuis quelques années, comme c'est le cas à la faculté de Rennes. Cela devrait augmenter sensiblement le nombre de médecins généralistes sensibilisé à cette méthode et par la même augmenter le taux de médecins pratiquants.

Dans notre étude moins de la moitié des praticiens ont déclaré pratiquer les EM (47%) ; ce recours à l'EM est quotidien et est intégré à leur pratique depuis plus de 4 ans, pour 77% des médecins pratiquants.

La pratique de l'entretien motivationnel à de forte chance d'augmenter dans l'avenir proche, dans les cabinets de médecine générale morbihannais, au vu de l'intérêt marqué pour l'utilisation future des EM par les médecins non pratiquant comme le souligne la tendance de notre étude à ce sujet ainsi que pour la formation aux EM.

Par ailleurs certains points, sur lesquelles la formation peut jouer un rôle, on été mis en lumière dans notre enquête.

Il semblerait en effet intéressant lors des formations de donner des clés pour lever certains freins à la pratique de l'EM concernant notamment la contrainte du temps de consultation et l'inadéquation de la méthode avec certains patients ou certaines pathologie comme les pathologies psychiatriques.

Bien que les apports de cette méthode, tant du point de vue du patient que du médecin, soient reconnus (mise en avant d'une meilleure relation médecin-patient, obtention de meilleurs résultats en terme de changement de comportement et diminution du sentiment d'impuissance, dans notre étude) et que la confiance dans la poursuite de son utilisation soit forte chez la grande majorité des médecins pratiquant, le travail de promotion en faveur de la formation et de la pratique de l'entretien motivationnel reste plus que jamais d'actualité pour offrir au maximum de patients et de praticiens cette aides précieuse dans le soutien au processus de changement de comportement.

Imprimé n° 4

Scolarité médecine 3ème cycle
2 avenue Professeur Léon Bernard
35043 RENNES Cedex

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : Nicolas DÉLOS

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

Titre : Évaluation des connaissances et des pratiques en entretien motivationnel, en médecine générale, dans le département du Morbihan.

Rennes, le 15/09/2016	Rennes, le 15/9/2016
Le Directeur de thèse	Le Président de jury

Pr Romain MORAND
Filière d'Addictologie HU
Hôpital Pontchaillou - RENNES (35033)
FRANCE

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le 22 SEP. 2016

Le Président de l'Université de Rennes1

D. ALIS

Maj : 23-janv.-14

6. Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé, « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé » 21 novembre 1086. Disponible : URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.

2. Rollnick S, Miller WR, Butler C. Pratique de l'entretien motivationnel, communiquer avec le patient en consultation. Paris: InterEditions, Dunod ; 2006.

3. WONCA Europe 2002.La définition de la médecine générale-médecine de famille: préparée par la Société Européenne de médecine générale-médecine de famille. Disponible : URL : http://www.woncaeurope.org/sites/default/file/documents/WO.

4. L'entretien motivationnel. Haute autorité de santé. Disponible : URL :http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf

5. Rosenthal R, Jacobson L. Pygmalion in the classroom: Tracher expectation and student intellectual development. New York: Holt, Rinehart et Winston; 1968.

6. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing for change, 2e ed. New York : Guilford Press ; 2002.

7. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press ; 1991.

8. Prochaska JO, DiClemente CC. Trantheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: theory, research and practice, Vol 19(3), 1982, 276-288.

9. Prochaska, JO, DiClemente, CC, Norcross GC. In search of How People Change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist; 1992, 1102-1114.

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

11. Bandura A. Self-efficacy in changing societies. New York: WhorthPublishers ; 1977.

12. Rogers RW. A protection motivation theory of fears appeals and attitude change. J Psychology 1975 ; 91 (1) : 93-114.

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

14. Miller WR, Benefield RG, Tonigan J. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. Scott Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 61(3), Jun 1993, 455-461.

15. Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. Advances in experimental social psychology, 6, 1-62.

16. Rollnick S, Miller WR. L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement. Paris : Inter Editions, Dunod ; 2006.

17. Pascal B., Pensées, 10 éd. Brunschvicg, p. 32 ULB, p. 1099 éd. Pléiade.

18. Atlas de la démographie médicale 2015. Disponible : URL http://www.conseil-national.médecin.fr, vérifié le 24 /01/2016.

19. Delattre E, Samson A-L. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? Economie et statistique n° 455-456, 2012.

20. Couffinhal A., Lucas-Gabrielli V., Mousques J. « Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001 ». Questions d'économie de la santé, n°61, IRDES ; 2002.

21. Buttet P, Fournier C. Prévention et éducation pour la santé. Quel rôle pour les médecins et les pharmaciens ? Baromètre santé médecins/pharmaciens, 2003. Paris: INPES ; 2004:63-82.

22. Veit A. Place des Entretiens Motivationnels dans les cabinets de médecine générale Français en 2012. Thèse d'exercice : Médecine : médecine générale : Strasbourg ; 2013.

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

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

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

26. Bulard F. Rôle du pharmacien dans la prise en charge multidisciplinaire des troubles du comportement alimentaire. Thèse d'exercice : Pharmacie : Poitiers ; 2013.

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

28. Retour sur le colloque « Enseigner, à tous les médecins, la communication professionnelle avec les patients : un enjeu fondamental pour la qualité des soins ». Disponible : URL : http://medecine.u-pec.fr/recherche/evenements/colloque-enseigner-a-tous-les-medecins-la-communication-professionnelle-avec-les-patients-un-enjeu-fondamental-pour-la-qualite-des-soins--476059.kjsp. (le 12/05/2016).

29. Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche. Bulletin officiel n°20 du 16 mai 2013, relatif au régime des études

médicales en vue du premier et du deuxième cycle. Disponible : URL: http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71579&cbo=1 (consulté le 05/05/2016)
30. Berthiaume P. Formation : repères pour l'intégration de l'EM. http//www.entretien motivationnel.org /articles/repères formation, vérifié le 05/05/2016

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

32. Chanut F. Psychiatrie et entretien motivationnel. Santé mentale. Janvier 2012 ; n° 164 : 30-34.

33. Rollnick S, Miller W.R, Butler C, Pratique de l'entretien motivationnel, Communiquer avec le patient en consultation. Broché - 30 septembre 2009.

34. Arkowitz H, Miller WR. Learning, Applying and Extending Motivationnal Interviewing. In : Arkowytz, H, Westra, H.A, Miller, W.R, Rollnick,S Motivational Interviewing In the treatment of Psychological Problems. New York : Guilford : 2008.

35. Alcoolodépendance avant le sevrage : amener les patients alcoolodépendants à se soigner. La revuePrescrire. 2010 ; 30 (325) : 839-842.

36. Réduction modeste de l'alcoolisation excessive par les interventions brèves. La revue Prescrire. 2014 ; 34 (368) : 453.

37. Rollnick S, Miller WR, Butler C.Pratique de l'entretien motivationnel, communiquer avec le patient en consultation. Paris: Inter Editions, Dunod, 2009.

38. HETTEMA J, Stelle J, Miller WR. Motivational interviewing Annual Review of Clinical Psychology. April 2005 ; Vol 1 :91-111.

39. Buttet P, Fournier C. Prévention et éducation pour la santé. Quel rôle pour les médecins et les pharmaciens ? Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. Paris: INPES; 2004:63-82.

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

41. Rollnick S, Butler C, Kinnersley P, Gregory J, Mash B. Motivational interviewing. BMJ. 2010; 340 (7758) : 1242-1244.

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

43. Project MATCH Research Group (1007) Matching alcoholism treatment to client heterogeneity : Project MATCH post treatment drinking outcomes. H Studies Alcohol, 58, 7-29.

Annexes

1. Questionnaire

Questionnaire Entretien Motivationnel

Chère consœur, chez confrère,

Je sollicite un peu de votre temps pour participer à mon travail de thèse, mené sous la direction du Dr Baudry-Lamy, médecin généraliste.
Le questionnaire qui suit dure environ 5 minutes. Il est anonyme et vise à interroger les médecins généralistes sur leurs connaissances et leurs pratiques en entretien motivationnel (EM), ainsi que leurs opinions concernant cette approche.
L'objectif final étant de mieux connaître les pratiques des médecins généralistes en terme d'entretien motivationnel sur un territoire donnée : le Morbihan, ainsi que d'évaluer les besoins et les attentes en matière de formation en entretien motivationnel.

Je vous remercie sincèrement pour votre collaboration et pour le temps que vous pourrez me consacrer,

Avec toute ma reconnaissance,

Nicolas Délos, interne de médecine générale.

*Obligatoire

Informations vous concernant

1. **1. Etes vous ?**
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Un homme
   - ◯ Une femme

2. **2. Votre tranche d'âge ?**
   Une seule réponse possible.
   - ◯ 30-39 ans
   - ◯ 40-49 ans
   - ◯ 50-59 ans
   - ◯ 60-69 ans

3. **3. Faculté de médecine d'origine ?**
   .....

4. **4. Année de première installation ?**
   .....

5. **5. Milieu d'exercice ?**
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Urbain
   - ◯ Rural
   - ◯ Semi rural

6. **6. Nombre moyen de consultations par jour ?**
Une seule réponse possible.

- ◯ Moins de 20 patients par jour
- ◯ De 20 à 30 patients par jour
- ◯ Plus de 30 patients par jour

7. **7. Exercice particulier ?**
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Addictologie
- ☐ Homéopathie
- ☐ Acupuncture
- ☐ Autre : .....

Prise en charge des changements de comportement et connaissance de l'entretien motivationnel

8. **8. Comment jugez vous vos capacités à aider vos patients dans leurs changements de comportement ?**
Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Faibles capacités	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Excellentes capacités

9. **9. Avez vous reçu une formation pour vous aidez dans cette tâche ?**
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

10. **10. Avez vous déjà entendu parler d'entretien motivationnel ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

11. **11. Par quel vecteur ?**
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Littérature médicale
- ☐ Cursus médical initial
- ☐ FMC
- ☐ Diplome universitaire
- ☐ Autre : .....

12. **12. Pour vous, dans quel(s) champ(s) d'application, l'entretien motivationnel peut il s'utiliser ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Addictions
- [ ] Éducation thérapeutique
- [ ] Comportements alimentaires
- [ ] Activité physique
- [ ] Pyschiatrie
- [ ] Autre : .....

13. **13. Avez vous reçu une formation en entretien motivationnel ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

14. **14. Si oui, sous quel forme ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Session de FMC
- [ ] DU
- [ ] Organisme de formation (AFDEM ou autre organisme)
- [ ] Cursus médical initial
- [ ] Auto formation (livres, articles, vidéos, ressources en ligne)
- [ ] Autre : .....

15. **15. Quels intervenants de santé peuvent trouver un intérêt à pratiquer l'entretien motivationnel ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Médecins généralistes
- [ ] Médecins spécialistes d'organes
- [ ] Infirmiers
- [ ] Psychologues
- [ ] Diététiciens
- [ ] Autre : .....

Pratique de l'entretien motivationnel

16. **Dans votre pratique quotidienne, avec vos patients, avez vous recours:**
16. Aux questions ouvertes ? (ex. : "Comment cela retentit sur ... ?", "Dites m'en plus au sujet de...?")
Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Jamais	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Systématiquement

17. 17. A la valorisation ? (du discours-changement et des engagements du patient.) ?
Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Jamais	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Systématiquement

18. 18. A l'écoute réflective ? (reformuler les dires du patient pour le relancer.)
Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Jamais	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Systématiquement

19. 19. Au résumé ? (en fin d'entretien, pour rassembler les éléments en faveur du changement)
Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Jamais	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Systématiquement

20. **20. Avez vous déjà pratiqué l'entretien motivationnel en consultation ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Oui
- ☐ Non

21. **21. Si non, seriez vous intéressé par la pratique de l'entretien motivationnel ?**
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Oui
- ☐ Non

22. **22. Si oui, depuis combien de temps le pratiquez vous ?**
Une seule réponse possible.

- ◯ Moins d'un an
- ◯ De 1 à 3 ans
- ◯ De 4 à 6 ans
- ◯ De 7 à 10 ans
- ◯ Plus de 10 ans

23. **23. A quelle fréquence le pratiquez vous ?**
Une seule réponse possible.

- ◯ Moins d'une fois par semaine
- ◯ Au moins une fois par semaine
- ◯ Au moins une fois par jour
- ◯ Dans moins de 50% des consultations quotidiennes
- ◯ Dans plus de 50% des consultations quotidiennes
- ◯ Dans toutes les consultations

24. **24. Dans quel(s) champ(s) d'application l'utilisez vous ?**
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Addictions
- ☐ Comportements alimentaires
- ☐ Activité physique
- ☐ Éducation thérapeutique
- ☐ Vaccination
- ☐ Autre : .....

25. **25. La pratique de l'entretien motivationnel influence-t-elle la durée de vos consultations ?**
Une seule réponse possible.

- ◯ Durée de consultation diminuée.
- ◯ Durée de consultation augmentée.
- ◯ Pas d'influence sur la durée de consultation.
- ◯ Autre : .....

26. **26. Qu'apporte l'entretien motivationnel à votre pratique médicale ?**
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Une meilleure relation médecin-patient
- ☐ L'obtention de meilleurs résultats
- ☐ Une meilleure communication
- ☐ Une diminution du sentiment d'impuissance
- ☐ Autre : .....

27. **27. Quels sont les freins à son utilisation dans votre pratique ?**
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Allongement du temps de consultation
- ☐ Utilisation non universelle à tous les patients
- ☐ Risque de focalisation sur les changements de comportements
- ☐ Inefficacité
- ☐ Autre : .....

28. **28. A combien situez vous votre de niveau de confiance à poursuivre la pratique de l'entretien motivationnel dans votre contexte professionnel ?**
Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Faible	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Elevé

29. **29. Seriez vous interessé par une formation en entretien motivationnel ?**
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Oui
- ☐ Non

30. **30. Sous quelle forme ?**
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Session de FMC
- ☐ DU
- ☐ Organisme de formation à l'entretien motivationnel
- ☐ Autre : .....

31. **31. Pour répondre à quel(s) besoin ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Initiation à l'EM
- [ ] Perfectionnement
- [ ] Echange de pratiques
- [ ] Autre : .....

Merci pour le temps que vous avez pu me consacrer.

Bien confraternellement,
Nicolas Délos.

Fourni par
Google Forms

U.F.R. DE **MEDECINE** DE RENNES

N°

DÉLOS, Nicolas. Évaluation des connaissances et des pratiques en entretien motivationnel, en médecin générale, dans le département du Morbihan : Etude quantitative descriptive auprès de 19 médecins généralistes morbihannais en décembre 2015.

82 feuilles, 30 figures, 37 tableaux, 30 cm. Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2016; N° .

Résumé L'entretien motivationnel (EM), méthode validée, particulièrement utile et facilement applicable en médecine générale pour aider les patients à engager un changement de comportement influençant leur santé, a commencé sa diffusion dans les cabinets Français. Concernant les généralistes Morbihannais, quelles sont leurs connaissances et leurs pratiques dans ce domaine ? **Méthode :** Etude descriptive, quantitative, par questionnaires auto-administrés, sur l'état des connaissances et des pratiques en entretien motivationnel adressé à 264 médecins généralistes Morbihannais. **Résultat :** L'analyse réalisée sur les 7,2 % de médecins répondeurs a mis en avant une connaissance de l'EM chez 82% d'entre eux et une pratique de l'EM chez 47% d'entre eux, seuls 25% d'entre eux sont formés cette méthode. **Conclusion :** En dépit des limites de représentativité, l'étude semble donner une tendance de bonne diffusion de l'EM dans le Morbihan, sa pratique paraît moyennement développée mais pourrait s'intensifier dans le futur au vu de la motivation à la formation et à la pratique de l'EM. Formation dont les objectifs devraient être multiples : lever les freins à sa pratique, amélioration et harmonisation du recours à ses principales techniques et promotion de la méthode.

Summary Motivational Interviewing (MI), a validated method, particularly useful and easily applicable in general medical practice to help patients initiate a change in behaviour that will have an impact on their health, started spreading among french medical practices. Concerning the local general practitioners in Morbihan, what is their knowledge and practice in this field ? **Method :** Descriptive and quantitative study, through auto-administered questionnaires on the level of knowledge and practice in MI adressed to 264 general practitioners in Morbihan. **Results :** The analysis based on the 7.2% of respondant practitioners has put forward knowledge of MI by 82% of them and an MI practice among 47% of them. Only 25% received training on this method. **Conclusion :** Despite the limits of representativness, the study seems to show a tendency of good dissemination of MI in Morbihan. Its practice seems moderately developped, but could intensify in the future, given the motivation for training and MI practice. The objectives of training should be numerous : lift barriers to its practice, improve and harmonise recourse to its main techniques and promote the method.

Rubrique de classement : ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Mots-clés : Entretien motivationnel ; Médecine générale

Keywords: Motivational interviewing ; General practice