

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 7

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Opinions et perceptions de professionnels de santé après une
formation en E-learning à l'entretien motivationnel

Présentée et soutenue publiquement
le 24 janvier 2019

Par

Paul CANDAU-TILH

Né le 23 février 1988 à Châtenay-Malabry (92)

Dirigée par Mme Le Docteur Isabelle Dupie, MG

Jury :

M. Le Professeur Henri-Jean Aubin, PU-PH Président

M. Le Professeur Philippe Jaury, Professeur émérite

M. Le Docteur François Bloede, MG

M. Le Docteur Philippe Michaud, MG

Remerciements

Au Professeur Henri-Jean Aubin merci beaucoup de me faire l'honneur de juger mon travail et de présider mon jury de thèse.

Au Professeur Philippe Jaury merci d'être présent aujourd'hui et d'avoir participé au développement du DES de médecine générale à la faculté Paris Descartes,

Au Docteur François Bloede merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de participer à la diffusion de l'EM au sein de la faculté Paris Descartes.

Au Docteur Isabelle Dupie merci d'avoir dirigé cette thèse, tes conseils m'ont été très précieux

Au Docteur Philippe Michaud, je suis très honoré de votre présence aujourd'hui, merci pour votre aide précieuse concernant ce travail et merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

À tous les professionnels de santé qui ont participé à mon étude, merci pour le temps et l'enthousiasme que vous m'avez accordé.

À tous les médecins rencontrés au cours de ma formation, spécialement au Dr Arditti Laurent au Dr Armelle Grangé Cabane au Dr Caliez au Dr Jean François CENET pour m'avoir fait tant aimer la médecine générale,

A tous mes relecteurs attentifs : Camille, Patou, Mamie lou, Papa, Corinne, Clémence,

A Marion pour ton aide précieuse en Anglais,

A Mathilde pour la mise en page,

Merci aussi.

A ma femme Clémence, pour être toujours à mes côtés dans les plus beaux moments comme dans les plus difficiles

A Léon mon fiston,

A Papa, de m'avoir aidé à me construire

A Marion, merci d'être une « *Chilé* »

A toute ma famille,

A Papi Pierre que m'aura tant aidé durant mes études

A ma belle-famille : Mamie Lou, Manou, Patou, Tata Dé

A la famille Ould : Pauline, Fabien, Sacha et Simon pour tous les moments incroyables qu'on a partagés !

A tous mes amis

A Maman qui me manque,

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois De l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à Mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Bulletin de l'Ordre des médecins, 1996, n° 4, p. 4

Liste des abréviations

EM : Entretien motivationnel

PS : Professionnels de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

HAS : Haute autorité de santé

Opinions et perceptions de professionnels de santé après une formation en E-learning à l'entretien motivationnel

Résumé

Contexte :

En 2014, les pathologies chroniques étaient responsables de 87% des décès en France. Un moyen important de faire reculer les maladies chroniques est de s'attacher à réduire les facteurs de risque qui leur sont associés et d'améliorer l'adhésion thérapeutique. La diffusion de l'entretien motivationnel (EM) en France pourrait être une clef efficace pour relever ce défi.

Objectif : Évaluer les perceptions et opinions de 17 professionnels de santé non formés après une formation en E-learning à l'EM

Méthode :

Traduction de la formation en E-learning à l'entretien motivationnel proposé par EQuIP, comportant : traduction du script, réalisation des séquences vidéo. Recrutement de professionnels de santé de soins primaires, réalisation d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Les entretiens sont retranscrits, codés à partir des verbatim et enfin analysés.

Résultats :

5 médecins généralistes, 4 kinésithérapeutes, 5 Pharmaciens et 3 Infirmiers ont été interrogés entre Juin et Novembre 2018. La découverte de l'EM à travers cet outil synthétique et flexible à susciter une remise en question et la transmission des bases de l'EM. L'EM est perçu comme une approche innovante favorisant l'autonomisation des patients. Toutefois, l'outil manque d'interaction et demande une attention plus importante que la formation présentielle.

Conclusion :

Facile à diffuser, cette formation peut permettre à une équipe soignante un changement de posture pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques. Elle devra néanmoins être complétée par une formation comportant plus de supervision pour que chacun devienne « motivationnel »

Mots clés : « entretien motivationnel », « formation E-learning », « professionnels de santé de soins primaires ».

Table des matières

<i>Remerciements</i>	2
<i>Serment d'Hippocrate</i>	5
<i>Liste des abréviations</i>	6
<i>Opinions et perceptions de professionnels de santé après une formation en E-learning à l'entretien motivationnel</i>	7
<i>Table des matières</i>	8
INTRODUCTION	10
PARTIE 1 : LE CONTEXTE	12
1.1 <i>Quand changer devient une priorité</i>	12
1.1.1 Nos mauvaises habitudes : première cause de mortalité en France	12
1.1.2 L'adhésion thérapeutique	14
1.1.3 L'autonomisation du patient un enjeu de santé publique	15
1.1.4 La relation soignant/soigné	17
1.2 <i>L'entretien motivationnel une aide efficace pour aider nos patients à changer</i>	18
1.2.1 Preuves d'efficacité de l'entretien motivationnel.....	19
1.2.2 Les limites de la recherche sur l'entretien motivationnel.....	21
1.2.3 Intérêt pour l'entretien motivationnel en France en formation initiale.....	22
1.2.4 L'engouement pour l'entretien motivationnel en formation continue.....	24
1.3 <i>EQuIP et son projet PECC</i>	25
1.3.1 Présentation EQuIP	25
1.3.2 Traduire le cours en ligne pour participer à la diffusion de l'entretien motivationnel en France..	26
1.3.3 Contenu de la formation.....	27
PARTIE 2. MATERIEL ET METHODES	29
2.1 <i>Objectifs de l'étude et choix de la méthode</i>	29
2.2 <i>Méthode de sélection</i>	29
2.3 <i>Méthodes d'observation</i>	30
2.4 <i>Méthode d'évaluation</i>	31
2.4.1 Les entretiens semi-dirigés	31
2.4.2 Le recueil et l'analyse des données.....	31
PARTIE 3. RESULTATS	34
3.1 <i>Caractéristiques des professionnels de santé interrogés</i>	34
3.2 <i>Données générales sur les entretiens</i>	35
3.3 <i>Thèmes et verbatim</i>	36
3.4 <i>Opinions et perceptions des professionnels de santé sur le E-learning</i>	36
3.4.1 Les habitudes de formation des participants	36
3.4.2 Ce que les participants apprécient dans la formation e-learning.....	37
3.4.3 Ce que les participants n'apprécient pas dans la formation en e-learning.....	38
3.5 <i>Perceptions des professionnels de santé concernant la relation soignant/soigné</i>	45
3.5.1 Une communication de qualité permet des soins de qualité.....	45
3.5.2 L'écoute entre professionnels de santé et leurs patients.....	46
3.5.3 Perception des professionnels de santé sur la pratique du conseil	47
3.5.4 L'autonomisation des patients : une obligation ?.....	49
3.5.5 Les professionnels de santé s'intéressent aux approches communicationnelles pouvant améliorer la relation soignant/soigné.....	51
3.5.6 Le manque de temps des professionnels de santé : un obstacle à une relation de qualité ?.....	52
3.5.7 Infirmiers dans la relation soignant/soigné	53
3.6 <i>Perception des professionnels de santé concernant la problématique du changement</i>	56
3.7 <i>Opinions et perceptions des professionnels de santé sur l'EM</i>	60
3.7.1 Perception des participants après la découverte de l'EM.....	60
3.7.2 Ce que les participants apprécient dans l'approche motivationnelle.....	63
3.7.3 Obstacles à la mise en place de l'EM évoqués par les participants.....	67

3.7.4	Domaines d'application de l'EM selon les professionnels de santé.....	71
3.7.5	Appliquer l'EM des spécificités pour chaque profession ?	74
3.8	<i>Erreurs de compréhension des participants sur la nature de l'entretien motivationnel.....</i>	<i>81</i>
3.9	<i>Opinions et perceptions des professionnels de santé sur l'outil de formation proposé par EQuiP... ..</i>	<i>85</i>
3.9.1	Contexte de réalisation de la formation	85
3.9.2	Perception du contenu et du design de la formation par les participants.....	87
3.9.3	L'outil permet-il une initiation à l'EM ?.....	89
3.9.4	La formation a donné envie de pratiquer l'EM	92
3.9.5	Préconisation des participants pour améliorer l'outil de formation proposé	93
3.10	<i>Souhaits des participants après la formation.....</i>	<i>96</i>
PARTIE 4. DISCUSSION		99
4.1	<i>Biais et limites de l'étude</i>	<i>99</i>
4.2	<i>Quelle est place de l'outil de formation proposé par EQuiP dans la diffusion de l'EM ?.....</i>	<i>101</i>
4.3	<i>La problématique du temps et de la pratique de l'EM.....</i>	<i>105</i>
4.4	<i>Le E-learning et l'EM.</i>	<i>108</i>
4.5	<i>Place de l'EM en pharmacie d'officine</i>	<i>110</i>
CONCLUSION		113
BIBLIOGRAPHIE.....		116
ANNEXES.....		121
	<i>Annexe 1 - Guide d'entretien semi dirigé.....</i>	<i>121</i>
	<i>Annexe 2 - Naissance du projet de thèse</i>	<i>122</i>
	<i>Annexe 3 – Aperçu du contenu de la formation à l'entretien motivationnel proposé par EQuiP</i>	<i>125</i>

Introduction

En 2014 (1) les pathologies chroniques étaient responsables de 87% des décès en France.

Les maladies cardiovasculaires représentaient le plus grand nombre des décès dus aux maladies chroniques (28%), suivies des cancers (31%), des maladies respiratoires (4%) et du diabète (2%).(1)

Le tabagisme, la sédentarité, la mauvaise alimentation et l'usage nocif de l'alcool augmentent le risque voire sont la cause de la plupart des maladies chroniques.

Un moyen important de faire reculer les maladies chroniques est de s'attacher à réduire les facteurs de risque modifiables qui leur sont associés et d'améliorer l'adhésion thérapeutique(2).

Devenir acteur des soins pour agir sur ces facteurs de risque et parfois changer des comportements qui nuisent à leur santé sont un défi à relever pour nombre de patients et l'entretien motivationnel peut y répondre.

La HAS décrit l'entretien motivationnel (EM) comme une « façon d'être » avec nos patients(3). L'EM est à la fois un esprit et une pratique de l'entretien, qui augmente, de façon bien démontrée, l'efficacité des pratiques de conseil, quelle que soit la nature du changement à opérer.

Ses applications ont tout d'abord concerné les addictions et en particulier le traitement de la dépendance à l'alcool, au tabac ou aux drogues illicites, puis se sont étendues à toutes les situations d'« accompagnement au changement ».

EQuIP (European Association for Quality Improvement and Patient Safety in Family medicine/general Practice), réseau de la WONCA Europe, est une organisation regroupant des médecins généralistes européens impliqués dans l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité en soins primaires.

EQuIP s'est engagée dans le programme nommé PECC WE (Patient Empowerment in chronic conditions – Wonca Europ) qui vise la promotion de l'autonomisation des patients atteints de maladies chroniques.

La formation des médecins généralistes à l'EM dans le but d'aider les patients à modifier leur comportement est un des moyens d'action mis en œuvre dans ce programme. Elle s'appuie notamment sur une formation en E-learning de 45 minutes disponible sur le site internet d'EQuIP en Anglais et en Allemand.

L'objectif de notre travail est de proposer une version française de cette formation pour des professionnels des soins primaires non déjà formés et de recueillir leurs opinions et perceptions à la fois sur la formation et sur l'EM.

Nous essaierons de répondre à plusieurs questions, notamment comment les professionnels de santé ont accueillis cette formation ? Quelle est la place de cette formation dans la diffusion de l'EM ? Quelle opinion l'EM donne-t-il aux professionnels qui ne le connaissent pas ? Que pensent les professionnels de santé du format court et permet-il d'initier une pratique et d'ouvrir la porte à des formations approfondies ? En définitive ce E-learning donne-t-il envie d'EM ?

1.1 Quand changer devient une priorité

1.1.1 Nos mauvaises habitudes : première cause de mortalité en France

Les maladies non transmissibles (MNT), également appelées maladies chroniques, ne se transmettent pas d'une personne à l'autre et évoluent en général lentement. (4)

Les quatre principaux types de maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires (accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou l'asthme) et le diabète.

En 2014, l'OMS décrivait un profil par pays des causes de mortalité. En France on estimait que 87% de décès sont liés aux maladies non transmissibles.

Le rapport de l'INVS (5)(Institut National de Veille Sanitaire) de 2017 fait le même constat et établit de manière détaillée les principales causes de mortalité en France. Il s'agit des tumeurs malignes (29,15%) suivies des maladies cardio-vasculaires (25,07%) puis respiratoires (6,6%).

Les tumeurs du larynx, trachée, bronches et pulmonaire font partie des tumeurs les plus meurtrières avec pour principal facteur de risque le tabac.

Concernant les maladies cardio-vasculaires les principales causes sont les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux ayant des facteurs de risque cardiovasculaires bien connus et parfois associés entre eux (dyslipidémie, diabète, hypertension artérielle, tabagisme, obésité, sédentarité, alimentation et stress)(6)

Enfin les maladies respiratoires dont les principales causes sont les pneumonies et les maladies chroniques des voies inférieures (BPCO) ont comme principal facteur de risque le tabac.

Ainsi en dehors de l'âge, du sexe et des antécédents familiaux ces facteurs de risque sont modifiables.

Et pourtant chacun continue de prendre de tels risques(5):

- Alcool

En 2014, la quantité d'alcool consommée sur le territoire français équivalait à une moyenne de 2,6 verres standards (verres d'alcool contenant 10 grammes d'alcool pur) par habitant de 15 ans et plus et par jour. Même si elle ne se situe plus en tête du classement la France fait toujours partie des pays de l'Union européenne consommant le plus d'alcool.

– Tabac

En 2014, 32,9 % des hommes et 24,6 % des femmes de 18 à 75 ans déclarent fumer quotidiennement.

– Consommation de drogues illicites

En 2014, l'usage régulier de cannabis à 17 ans (au moins 10 usages dans le mois) concerne 9,2 % des jeunes, et est en hausse relativement à 2011 (6,5 %). La consommation régulière de cannabis chez les adultes de 18 à 64 ans s'élève à 3,1 % et est également en augmentation par rapport à 2010. La consommation de MSO (médicament de substitution aux opiacés) rapportée à la population âgée de 20 à 49 ans en France est en augmentation de 10 % sur la période 2010-2015.

– Surpoids et obésité chez l'adulte et l'enfant

Après de fortes augmentations des prévalences de surpoids et d'obésité chez les adultes depuis les années 1980 jusqu'au début des années 2000, la moitié des adultes est actuellement en surpoids ou obèse et un adulte sur six est obèse.

En 2014-2015, 18,1% des élèves scolarisés en CM2 sont en surpoids et 3,6 % sont obèses. En 2012-2013 11,9 % des élèves des classes de grande section de maternelle sont en surpoids et 3,5 % obèses.

– Activité physique et sédentarité

D'après le baromètre santé nutrition 2008 de l'INPES (7) moins de la moitié des Français âgés de 15 à 75 ans (42,5 %) atteint un niveau d'activité physique favorable à la santé. Plus inquiétant, les femmes sont proportionnellement moins nombreuses à atteindre ces recommandations (33,8 % vs 51,6 % pour les hommes). Cependant, chez les hommes, ce pourcentage varie en fonction de l'âge, avec une baisse significative de 15 à 54 ans.

Le constat est à la fois rassurant car tous ces facteurs de risques sont modifiables et à la fois très inquiétant car la plupart des individus continuent de prendre de tels risques tout en connaissant très bien les conséquences de leurs modes de vie. La connaissance ne suffit donc pas à « faire changer »

1.1.2 L'adhésion thérapeutique

De nombreuses études utilisent le terme d'observance thérapeutique (que nous utiliserons dans ce paragraphe) correspondant au niveau de concordance entre les recommandations du médecin et le comportement du patient. Le terme d'adhésion thérapeutique semble plus adapté. L'observance pouvant connoter une idée de soumission et de conformité à la thérapeutique prescrite, une obéissance passive au médecin. (8)

L'inobservance en France reste mal connue car son évaluation précise est difficile (9). Dans les pays développés, l'adhésion au traitement des patients atteints de maladies chroniques serait de 50%(10). Dans une méta-analyse publiée en 2004, la fréquence de l'observance médicamenteuse aux traitements antihypertenseurs était évaluée entre 63 et 91 %(11). Cette observance chutait significativement au cours du temps : l'observance thérapeutique était significativement meilleure dans les 6 premiers mois de traitement que dans les 6 mois suivants (84,1 % contre 72,3 %). En France, il existe des études menées par l'industrie pharmaceutique (2) qui retrouvent des taux d'observance moyens de l'ordre de 40% avec une variation d'observance au sein des pathologies chroniques (81% dans l'hypertension artérielle, 63% dans le diabète de type II, et 28% pour l'asthme). Avec moins de lien d'intérêt, la Direction Santé Publique en lien avec la Direction de la Stratégie de l'ARS Île-de-France et IMS Health (cabinet de conseil spécialisé en santé) mène en 2015 une étude d'observance dans le diabète de type II(12). L'étude conclue qu'en Île-de-France, 41% des patients diabétiques de type 2 sont observants.

L'adhésion des patients aux traitements prescrits dans les pathologies chroniques est un enjeu important avec pour pré-requis le fait que le traitement prescrit allonge la survie ou améliore la qualité de vie. Concernant les maladies cardio-vasculaires le défaut d'adhésion au traitement a été associé à une majoration du risque de morbidité et de mortalité(13). On prendra peu de risque en voulant extrapoler ces résultats aux autres maladies chroniques.

En 2005, des auteurs de plusieurs départements de sociologie médicale du Royaume-Uni ont analysé 37 études qualitatives du monde entier ayant décrit et analysé ce que pensaient les patients de leurs traitements médicamenteux (14).

Cette synthèse révèle une très grande méfiance des patients par rapport aux médicaments, principalement à cause des effets indésirables, et parfois à cause d'un risque de dépendance.

Beaucoup de patients cherchent à prendre la plus petite quantité possible de médicaments, expérimentent des arrêts de traitement pour en observer l'impact sur leur santé ; ils cherchent à ce que la prise des médicaments ne gêne pas leur emploi du temps et évitent les prises de médicaments stigmatisant (antirétroviraux, psychotropes). De nombreux patients cherchent aussi à maîtriser les médicaments et c'est un constat heureux.

Extrait d'un article de la revue Prescrire en 2007(15) au sujet de l'observance thérapeutique :

Le plus grand service que l'on peut rendre aux patients ce n'est pas de les inciter ou de les contraindre à poursuivre des traitements peu efficaces, peu pratiques ou mal tolérés, mais d'améliorer ces traitements, ou d'en choisir de meilleurs

Une étude réalisée en 2016 montre qu'il existe une différence entre l'évaluation du médecin et l'évaluation du patient concernant l'observance thérapeutique et l'importance du traitement(16). Environ 20% des traitements considérés comme « importants » pour le médecin ne sont pas pris par le patient.

L'ambivalence face à la prise d'un traitement est une réaction naturelle du patient comme pour tout changement. Il semble nécessaire de renforcer la collaboration soignant/soigné pour améliorer l'adhésion thérapeutique. L'entretien motivationnel est une approche pouvant aider le patient à traverser les étapes d'ambivalence qui jalonnent l'histoire d'un patient atteint de maladie chronique.

1.1.3 L'autonomisation du patient un enjeu de santé publique

Durant des siècles, la relation médicale a fonctionné sur un modèle paternaliste et hiérarchique entre un médecin détenteur d'un savoir et d'un pouvoir sur le corps du malade et un patient soumis à l'autorité médicale, souvent assigné à une position passive et infantilisante.

« Les médecins doivent descendre de leur piédestal et les patients, quant à eux, doivent se relever et s'affirmer »

a déclaré Robert Johnstone de l'Alliance internationale des organisations de patients lors de la première Conférence Européenne sur l'autonomisation des patients organisée par la branche Europe de l'OMS en 2012 (17).

« L'empowerment », autonomisation ou capacitation, est la prise en charge de l'individu, par lui-même, de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale.

Rendre les patients et les citoyens autonomes et distribuer des soins centrés sur le patient sont considérés comme des éléments importants pour améliorer les résultats et la performance des systèmes de santé(18). Les patients atteints de maladies chroniques ont besoin d'un accès facilité à l'information pour prendre des décisions sur leur santé et le partenariat avec le système de soins doit être renforcé.

Ainsi en France le Ministère des solidarités et de la santé a publié en décembre 2017 sa stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022(19). La stratégie nationale de santé constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables.

Le premier axe est le suivant :

« Adopter le plus tôt possible des comportements favorables à la santé peut réduire des facteurs de risque qui induisent des coûts sociaux considérables. Aujourd'hui l'enjeu est de renforcer les compétences des individus à adopter ces comportements et de développer l'éducation pour la santé. La stratégie nationale de santé fait de la promotion de la santé et de la prévention des comportements à risque, une priorité. »

Le quatrième axe met en relief l'importance de l'autonomisation du patient :

« Permettre à chacun d'être acteur de son parcours de santé et de participer aux processus de décision est une exigence et un enjeu majeur pour la réussite de notre politique de santé. L'ambition de la stratégie nationale de santé est de donner les moyens à chaque citoyen de trouver, d'évaluer et d'utiliser les connaissances disponibles sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant la sienne ou celle d'un proche. »

Le Haut Conseil de la Santé Publique nous incite donc à axer nos pratiques sur la prévention et la lutte contre les facteurs de risque de maladies chroniques en rendant le patient acteur de sa santé.

1.1.4 La relation soignant/soigné

Du point de vue des patients, une enquête ZAVA(20) sur la crainte et l'expérience du jugement dans l'accès aux soins a été réalisée par l'institut BVA sur Internet du 20 au 24 avril 2017 auprès d'un échantillon de 1000 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans ou plus.

Cette enquête conclut que plus de 3 Français sur 4 déclarent avoir déjà craint ou ressenti le jugement d'un professionnel de santé que ce soit en raison de leur état de santé, d'un traitement auquel ils tentaient d'accéder ou d'une question qu'ils souhaitaient aborder. Une personne sur 10 estime être souvent confrontée à cette situation. De plus loin devant les autres professionnels de santé, le médecin généraliste ou spécialiste, est celui dont les Français craignent le plus le jugement (74%).

Une enquête(21) publiée en 2006 s'intéresse à la définition d'un « bon médecin » du point de vue du patient en comparaison à la définition d'un « médecin ». La majorité des patients définit davantage le bon médecin sur la base des habiletés de communication et des qualités humaines et professionnelles dans ses typologies affectives

Les mots « soigner, soins » sont proposés comme étant des attributs du médecin, le mot « écoute » comme étant celui du bon médecin.

Les patients attendent de leur médecin une écoute et l'évolution d'une relation paternaliste vers un partenariat(22).

De plus nous savons que la qualité de la relation soignant/soigné(23) d'une part et le manque de compréhension des explications prodiguées d'autre part sont des éléments de mauvais pronostic pour les patients atteints de maladies chroniques(24).

Du point de vue des médecins, le baromètre santé publié par L'INPES en 2009(25) montre que, concernant la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, les médecins déclarent avant tout informer et conseiller (95,3 % le font « systématiquement » ou « souvent

») ; moins de la moitié d'entre eux (45,2 %) orientent régulièrement leurs patients vers d'autres intervenants et un tiers (33,7 %) mettent en œuvre eux-mêmes des activités éducatives. Ils précisent que la prévention relève de leur rôle, notamment pour les thèmes les plus médicalisés, comme le risque cardiovasculaire et le tabagisme. Enfin la majorité des médecins s'accordent pour dire qu'il est facile d'aborder avec leurs patients le risque cardio-vasculaire (96,1 %), le dépistage des cancers (95,5 %) ou le tabagisme (89,2 %), contrairement à la vie affective et sexuelle (58,7 %) ou à l'usage de drogues (57,0 %).

Les médecins généralistes sont très sensibles sur le sujet de la prévention et de l'éducation thérapeutique, un réel engouement s'est développé pour les formations à l'éducation pour la santé et à l'éducation thérapeutique du patient

Les médecins informent et conseillent et pourtant les patients ne se sentent pas écoutés. Peut-on améliorer la relation soignant-soigné ?

1.2 L'entretien motivationnel une aide efficace pour aider nos patients à changer

Le tabac est la cause d'un décès sur 7(26) et la consommation d'alcool représente 13% de la mortalité chez les hommes et 5% chez les femmes en 2009 (27) voilà deux exemples de comportement à risque pour lesquels d'une part les professionnels de santé se sentent inefficaces et d'autre part les patients ne se sentent pas écoutés.

Citation de Mark Twain (Écrivain et humoriste américain) :

« Pour perdre une habitude, il ne suffit pas de la jeter par la fenêtre, il faut lui faire descendre les escaliers marche après marche. »

Il ne suffit pas de conseiller à un patient d'arrêter de fumer en lui énumérant les conséquences désastreuses du tabagisme sur la santé pour qu'il le fasse.

Ainsi nous sommes à la recherche d'une approche relationnelle permettant d'aider les patients à changer et l'entretien motivationnel est une des clefs efficaces pour favoriser le changement de comportement des patients.

L'entretien motivationnel s'est d'abord développé au cours des années 80 aux États-Unis et au Royaume-Uni. Il a été créé par deux psychologues, William Miller, qui exerce et enseigne à l'université du Nouveau-Mexique, et Stephen Rollnick, qui travaille dans le département de psychologie médicale de l'université de Cardiff (pays de Galles). En 2013 plus de 1200 publications et 200 essais cliniques (28) au sujet de l'entretien motivationnel ont été publiés illustrant le réel engouement de cette approche auprès des professionnels de santé et de chercheurs.

1.2.1 Preuves d'efficacité de l'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel a prouvé son efficacité dans de nombreux domaines nécessitant un changement.

En 2017, une méta analyse(29) parue dans l'*International Journal of Epidemiology* incluant 16 essais randomisés montre que l'entretien motivationnel améliore l'adhésion thérapeutique.

Concernant la prise en charge des patients atteints du VIH une revue de la littérature (30) analyse 19 essais conduits à travers le monde et conclut que l'entretien motivationnel augmente l'observance, diminue la dépression et les conduites sexuelles à risques chez les patients VIH+.

Cette fois ci pour la réduction de la consommation de drogue chez les adolescents en 2016(31), une revue systématique de la littérature et méta analyse réalisée par l'Université de Hong Kong, montre que l'entretien motivationnel, sans permettre la réduction significative de la consommation de drogue, provoquerait l'intention de changer.

Au Royaume-Uni une autre revue de la littérature(32) s'intéresse à l'efficacité de l'entretien motivationnel sur le changement de comportement dans divers domaines . Elle conclut à un impact positif de l'entretien motivationnel sur le changement de comportement : consommation d'alcool, abus de substances illicites et tabagisme et l'activité physique.

A propos des troubles du comportement alimentaire, en 2015, une méta analyse(33) réalisée par des chercheurs canadiens, inclue 5 essais (477 patients) et montre l'efficacité à court terme de l'entretien motivationnel.

En 2015 la Cochrane (34) concernant le sevrage tabagique réalise une revue systématique de la littérature sur l'efficacité de l'EM. Ils ont identifié 28 études publiées entre 1997 et 2014 portant sur plus de 16 000 participants au total. Les entretiens motivationnels ont été réalisés sur une à six séances, dont la durée allait de 10 à 60 minutes. Les médecins généralistes, les cliniciens hospitaliers, les infirmiers ou les conseillers procédaient à ces interventions. Leur méta-analyse des entretiens motivationnels par rapport aux conseils brefs ou aux soins habituels a mis en évidence une augmentation modeste mais significative du taux de sevrage tabagique. Les auteurs concluent que les entretiens motivationnels pourraient aider les gens à arrêter de fumer.

Dans le traitement de l'obésité, une revue de la littérature en 2015(35) réalisée par le département de psychiatrie de Yale aux USA s'intéresse spécifiquement à l'impact de l'entretien motivationnel. Vingt-quatre essais randomisés sont inclus. Un tiers des patients randomisés dans le groupe « entretien motivationnel » ont perdu significativement plus de poids que le groupe contrôle et la moitié des participants rapportent avoir perdu 5% du poids initial. De plus un tiers des études retrouve une amélioration des facteurs associés à l'obésité à savoir l'activité physique, l'alimentation et une diminution du syndrome métabolique.

Enfin en 2014 une méta-analyse (36) synthétisait les différents résultats d'essais cliniques contrôlés randomisés sur l'efficacité de l'entretien motivationnel en soins primaires. Sur les 12 essais analysés 9 révèlent que l'entretien motivationnel était plus efficace que les pratiques de conseils habituels pour de nombreux comportements de santé. Les auteurs soulignaient que parmi ces 12 essais, 7 portaient sur les addictions, les 5 autres essais portaient sur l'activité physique et le régime, l'observance thérapeutique et le dépistage du cancer colorectal.

Même si l'entretien motivationnel semble plus efficace lorsqu'il est délivré par un professionnel de santé entraîné, il s'est tout de même avéré efficace lorsqu'il est délivré par des professionnels de santé novices durant des sessions courtes de 15 à 20 minutes (36) .

On observe donc qu'après quatre décennies de recherche, l'entretien motivationnel est aujourd'hui une approche thérapeutique « Evidence-based », applicable à une grande variété de comportements nécessitant un changement. Les concepteurs sont prudents et pensent *qu'il semble que quelque chose se passe avec la pratique de l'EM souvent associé avec des résultats*

positifs lorsqu'on le compare avec une absence d'intervention ou un conseil bref, ou lorsqu'on l'associe à d'autres traitements actifs.(37)

1.2.2 Les limites de la recherche sur l'entretien motivationnel

Il ne suffit pas d'affirmer simplement que l'on « pratique l'entretien motivationnel » dans une étude clinique(37).

Les auteurs des essais cliniques et des méta analyses rappellent que, pour chaque essai le protocole de délivrance de l'entretien motivationnel a été différent et que les professionnels de santé qui délivraient l'entretien motivationnel n'avaient pas le même niveau de savoir-faire(36)(35)(34)(32).

On ne sait pas quel niveau de fidélité à l'EM est « suffisamment bon » pour favoriser le changement. En 2018, une étude s'est intéressée à la variation de la fidélité de l'EM en fonction des études et son impact sur l'efficacité de l'EM(38). La façon de délivrer l'EM dans la prise en charge des addictions (alcool et drogues) n'est pas tout le temps la même. Elle peut varier d'un entretien à l'autre, d'un professionnel de santé à l'autre et d'un site d'intervention à l'autre. Cette variabilité peut avoir un impact considérable sur la qualité de l'intervention reçue par les patients. La variabilité de la fidélité de l'EM serait attribuée majoritairement (57 % à 94%) à la variabilité entre les entretiens réalisés par un même professionnel de santé et de façon minoritaire à la différence de savoir-faire entre professionnels de santé (3% à 26%) et entre les sites d'intervention appelé effet site (0,1%-28%). Un des défis des prochaines études est de bien documenter la fidélité de l'EM.

Les chercheurs s'attardent actuellement pour savoir ce qui rend l'EM efficace et comment homogénéiser la formation des professionnels de santé.

William R.Miller répond sur les évolutions de l'EM en 2014 :

« Ces trente dernières années, nous avons tellement tourné autour de l'éléphant que nous en avons maintenant une meilleure représentation, et que nous avons progressé dans sa description. Mais l'éléphant est resté le même. »

Former les thérapeutes jusqu'à ce que leurs compétences atteignent le critère requis avant qu'ils ne mènent des entretiens motivationnels dans un essai clinique, documenter la fidélité de l'EM

ou encore s'assurer de la qualité de l'EM tout au long de l'étude en utilisant des codes d'observation fiables sont autant de recommandations pour les recherches à venir (37) .

1.2.3 Intérêt pour l'entretien motivationnel en France en formation initiale

L'intérêt porté par les médecins français pour l'entretien motivationnel est grandissant. En dix ans de nombreuses thèses ont été conduites sur le sujet de l'entretien motivationnel.

Tout d'abord une revue systématique de la littérature(39) a été réalisée en 2010 et a conclu que les entretiens motivationnels apparaissent utiles pour la prévention des facteurs modifiables et/ou prédisposant du risque cardiovasculaire. Ils permettent d'augmenter l'activité physique journalière et améliorent le partenariat entre le médecin et son patient.

L'avis des médecins généralistes français est sollicité en 2011 lors d'une étude descriptive auprès de 100 médecins généralistes de la région de Brest(40), concluant que la majorité des médecins généralistes serait motivée par la formation à l'entretien motivationnel pour prendre en charge l'obésité. Conclusion renforcée deux plus tard lors d'une enquête descriptive auprès de 2110 médecins généralistes(41) qui montre que l'entretien motivationnel connaît un réel engouement en médecine générale.

En 2016 une autre enquête (42) mettait en relief la bonne diffusion de l'EM dans le Morbihan, sa pratique paraissant moyennement développée mais pouvant s'intensifier dans le futur au vu de la motivation à la formation et à la pratique de l'EM.

Concernant la formation des médecins généralistes, une étude qualitative menée en 2012(43) s'est intéressée à la perception des médecins généralistes après une formation à l'entretien motivationnel dans le cadre des dépistages des cancers.

Elle incluait 19 médecins généralistes de la région Centre qui participaient à une formation de 48h sur l'entretien motivationnel. L'ensemble des participants a été conquis et une grande majorité des médecins déclarait avoir appliqué la méthode de l'EM dans leur pratique professionnelle. Ils étaient majoritairement très satisfaits de l'impact de cette méthode auprès de leurs patients, notamment dans l'aide aux sevrages du tabac et de l'alcool.

De même en 2013 une enquête s'est intéressée à l'intérêt personnel pour les médecins généralistes à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel(44). Elle consistait en une étude qualitative sur la répercussion de la formation à l'EM sur la pratique des médecins généralistes délivrés par l'AFDEM. Les réponses traitant de la relation médecin-patient sont élogieuses depuis l'intégration de l'EM dans leurs consultations. Tous les participants s'accordent à penser que, en rapport avec les bénéfices obtenus avec l'utilisation de l'EM, il faut que les jeunes médecins soient formés à son utilisation pour mieux vivre la relation avec leurs patients.

En 2016 une étude (45) évaluait l'efficacité pédagogique du Diplôme Universitaire (DU) Entretien Motivationnel de Montpellier-Nîmes d'une durée de 13 jours et concluait à une progression significative des candidats inscrits.

L'impact sur les patients a lui aussi été évalué en 2016. Une étude montrait un impact positif des entretiens motivationnels dans l'amélioration de la qualité de vie et de la fatigue au sein du programme de rééducation après cancer du sein (46). La même année, une thèse retrouvait une tendance à l'augmentation du taux d'allaitement maternel de futures mamans ayant bénéficié d'un entretien motivationnel prénatal(47)

Enfin, concernant la motivation des adolescents obèses pour l'activité physique, une étude réalisée en 2011 (48) rapportait un impact positif sur l'évolution de l'activité physique et de l'indice de masse corporelle chez les adolescent obèses.

Concernant la formation des internes de médecine générale, en 2014, une enquête s'intéresse à l'impact d'une formation à l'entretien motivationnel sur les pratiques des internes de médecine générale(49). La formation semble avoir favorisé une amélioration des compétences des internes. Ils se sentaient plus confiants et ont déclaré utiliser les principes de l'EM pour prendre en charge les patients ayant des comportements à risque. Plus largement, pour la plupart ils ont noté un changement positif dans la qualité relationnelle de leurs entretiens, en particulier une meilleure compétence d'écoute. Rejoint par une autre étude auprès d'internes de médecine générale (50) qui conclut que la sensibilisation des internes de médecin générale à l'entretien motivationnel présente un intérêt dans la prise en charge de pathologies chroniques telles que l'aide à l'arrêt du tabac.

Si l'un des freins à la diffusion de l'EM évoqué par les médecins est l'absence d'enseignement de l'EM à l'université(41), quelques années plus tard les choses ont bien changé. En effet, en

2017 une enquête (51) réalisait l'état des lieux de la formation à l'entretien motivationnel dans le diplôme d'étude spécialisé de médecine générale en France en 2016-2017. Trente-deux des 35 départements de médecine générale (DMG) ont répondu au questionnaire. Une grande majorité des DMG, 81% DMG, enseignent l'EM. Contre 30% en 2012-2013(52), ce qui traduit l'intérêt porté par cette approche.

L'entretien motivationnel a donc trouvé sa place dans la formation initiale des médecins généralistes français depuis une dizaine d'année. De nombreuses thèses montrent que les médecins français semblent conquis par l'approche motivationnelle et ont envie de concourir à sa diffusion. Mais qu'en est-il de la diffusion de l'EM en formation continue et chez les autres professionnels de santé de soins primaires ?

1.2.4 L'engouement pour l'entretien motivationnel en formation continue

Une recherche sur le site de l'agence du développement professionnel(53) continu permet de mesurer l'intérêt de l'EM en formation continue.

En 2017, si l'on s'intéresse aux professionnels de santé inclus dans notre étude, 50 formations sont proposées pour les infirmiers diplômés d'état, 33 formations pour les masseurs/kinésithérapeutes, 52 formations pour les médecins généralistes et 29 formations pour les pharmaciens.

L'AFDEM est considérée comme un centre référence de formation à l'EM. Selon eux la formation à l'entretien motivationnel est en plein « boom », le nombre de formations ayant doublé en 4 ans. A titre d'exemple, en 2017 l'AFDEM a réalisé 72 formations soit 1301 professionnels formés.

D'une part le nombre de professionnels de santé formés croît chaque année (60 à 80 professionnels formés chaque année) d'autre part la diversité des professionnels formés augmente.

Le public des formations à l'EM est très varié, même si le secteur médical/hospitalier est majoritaire, les formations sont fréquentées par des professionnels issus de domaines très variés (justice, aide psycho-sociale, santé mentale, jeunesse, prévention adolescent, périnatalité, petite enfance, laboratoire pharmaceutique). En dehors des médecins généralistes les autres spécialités médicales se sont inscrit à des formations à l'EM.

1.3 EQuiP et son projet PECC

1.3.1 Présentation EQuiP

En 2011 la branche Europe de la WONCA (World Organization of National Collèges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) précise le rôle du médecin généraliste notamment pour promouvoir l'autonomisation du patient afin de le rendre acteur de sa santé.

L'association de médecins généralistes européens EQuiP (European association for quality and safety in général practice/ family Medecine), réseau de la Wonca Europe dédiée à la qualité des soins primaires et à la sécurité des patients répond à cette recommandation et réalise une revue de la littérature visant la question : quelle intervention auprès des médecins généralistes permet une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques ?

Le programme PECC-WE (Patient Empowerment in chronic condition- Wonca Europ) est lancé. Il explore le concept « d'Empowerment » qui n'a pas de traduction radicale en français. Il s'agit d'un processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action, de s'émanciper.

L'entretien motivationnel fait partie des outils repérés dans cette revue de littérature aptes à répondre à ce défi.

Diffuser l'entretien motivationnel devient ainsi un objectif pour EQuiP et la réalisation d'un cours en ligne mis à disposition largement et gratuitement en est le moyen. Cette formation présente les bases de l'entretien motivationnel avec des exemples d'entretiens soignant/soigné en vidéo. Il sera réalisé par une équipe finlandaise puis mis à disposition en versions anglaise et allemande.

Ce cours en E-learning sera évalué par une étude qualitative 2015(54) portant sur 598 professionnels de santé répondant à la fin du cours à un questionnaire standardisé. L'étude regroupait 352 médecins généralistes, 152 internes en médecine, 83 externes en médecine et 11 autres professionnels de santé. L'étude montre que ce cours en E-learning permet de transmettre les outils de base de l'entretien motivationnel aux professionnels de santé.

1.3.2 Traduire le cours en ligne pour participer à la diffusion de l'entretien motivationnel en France

Nous avons vu qu'aider les patients à changer leurs habitudes de vie délétères pour leur santé est une des priorités de santé publique en France. Cette préoccupation est partagée par les pays Européens. L'entretien motivationnel est une posture qui facilite de façon bien démontrée le changement de comportement. Le cours en E-learning créé par EQuIP permet de transmettre les bases de l'entretien motivationnel aux professionnels de santé de soins primaires. Il s'agit d'un outil gratuit, pratique et facile à diffuser auprès des professionnels de santé.

C'est en cabinet de médecine générale durant mon internat que je découvre l'entretien motivationnel à travers le cours en ligne proposée par EQuIP. Séduit par l'approche motivationnelle je me procure l'ouvrage de Rollnick et Miller(37) et essaye d'adopter la posture motivationnelle pendant mes consultations.

Ce cours en ligne m'a permis d'accéder facilement à l'entretien motivationnel malgré la barrière de la langue anglaise. La traduction du cours en ligne m'est apparue nécessaire pour permettre une meilleure accessibilité aux professionnels de santé français et participer à la diffusion de l'entretien motivationnel en France.

La traduction de l'outil a été réalisée en deux temps.

- Une collaboration étroite avec EQuIP a permis la traduction de l'outil de formation. EQuIP nous fournit le script en anglais, des diapositives et des deux vidéos. Une première traduction a été effectuée par l'enquêteur avec l'aide de personnes bilingues maîtrisant l'anglais non médical.
- Le langage « motivationnel » étant unique l'aide d'un expert en entretien motivationnel pour corriger notre traduction était indispensable. L'AFDEM nous a mis en relation avec un expert formateur et traducteur en EM ayant notamment traduit l'ouvrage *L'entretien motivationnel Aider la personne à engager le*

changement - 2e édition de Stephen Rollnick et William R. Miller. Le script est donc traduit avec une double correction et retransmis sur fichier Word.

Une journée de tournage a été nécessaire pour réaliser les deux entretiens vidéo médecin/malade et infirmière/malade présentés dans la formation.

Le cameraman professionnel et les trois acteurs amateurs ont participé bénévolement au tournage des vidéos dans un cabinet de médecine générale parisien.

Notre objectif étant la réalisation d'une version Française de l'outil proposé par EQuIP, nous sommes restés au plus près du design initial en utilisant les mêmes polices et les mêmes illustrations.

Par manque de financement, nous n'avons pas pu faire appel à un développeur web pour créer une interface interactive comme le propose EQuIP. Nous avons utilisé l'interface Google docs® et créé un lien hyper texte pour donner accès à la formation aux participants.

La version Française sur cours en ligne proposé par EQuIP sur l'entretien motivationnel est née.

1.3.3 Contenu de la formation

La formation est accessible via un lien internet. Elle peut être visualisée sur PC, smartphone ou tablette. La durée de la formation est évaluée à 45 minutes. Nous expliquons dès la première diapositive qu'il s'agit d'une version provisoire mise en ligne en juin 2018 pour cette thèse qui pourra être modifiée dans le futur.

- **La première partie** de la formation présente les principes de base de l'entretien motivationnel : Quand l'entretien motivationnel est-il utile ? ; Principes et mode de communication ; principes et façon d'agir ; principes et mode d'action.
- **La seconde partie** présente un cas clinique sur le mésusage de l'alcool.
- **La troisième partie** rappelle les compétences fondamentales : questionner ; écouter ; renforcer le positif ; capter.

- **La quatrième partie** présente un cas clinique autour de la problématique de perte de poids chez un patient souffrant de gonarthrose, celle-ci est illustrée par deux entretiens vidéo ; un premier entretien médecin/malade suivi d'un entretien infirmier
- **La cinquième partie** présente un autre cas clinique sur l'introduction d'un traitement au long cours
- **La dernière partie** récapitule les grands principes de l'entretien motivationnel

2.1 Objectifs de l'étude et choix de la méthode

L'objectif de l'étude est de recueillir les perceptions et opinions de professionnels de santé après une formation en E-learning à l'entretien motivationnel.

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, difficiles à mesurer objectivement ce qui est le cas pour notre étude. Elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle cherche à comprendre un phénomène. Elle permet d'obtenir une analyse en profondeur d'un ou plusieurs aspects d'une problématique à partir de plusieurs points de vue permettant de produire de nouvelles connaissances (55).

Nous voulons d'une part identifier si cet outil permet de faire découvrir l'EM aux professionnels de santé n'ayant jamais suivi de formation à l'entretien motivationnel, et d'autre part recueillir leur point de vue des professionnels de santé sur l'EM et le E-learning.

2.2 Méthode de sélection

L'entretien motivationnel s'adresse à tous les professionnels de santé. Il est utile pour chaque situation où la problématique du changement est envisagée. Il est décidé d'interroger les professionnels de santé de premier recours : pharmaciens, infirmiers, médecins généralistes et kinésithérapeutes.

Le critère d'exclusion est d'avoir déjà été formé à l'entretien motivationnel.

La taille de l'échantillon n'est pas définie à l'avance. Pour les études qualitatives, l'objectif de cohorte est atteint quand il n'y a plus de nouvelles réponses données au questionnaire.

Le critère de constitution de notre cohorte est donc la saturation du sujet par les réponses des professionnels de santé. L'objectif est de constituer un échantillon permettant de déterminer si cette formation en E-learning à l'EM est un bon outil pour faire découvrir l'EM aux professionnels de santé. La représentativité statistique n'est pas visée.

Il a été pris soins d'inclure autant que possible des professionnels de santé qui puissent faire ressortir des divergences afin d'apporter la plus grande diversité à l'étude.

Le recrutement s'est effectué majoritairement auprès des professionnels de santé que je connaissais, par demande directe par courriel pour les médecins, infirmiers et kinésithérapeutes et en utilisant une page Facebook destiné aux pharmaciens.

Les professionnels de santé sont contactés par mail et le projet de l'étude leur est expliqué. Après avoir accepté de réaliser la formation ils sont invités à prévenir l'enquêteur une fois la formation finalisée.

Il est ensuite convenu d'un entretien téléphonique d'une durée d'au moins vingt minutes. La période de recrutement des professionnels de santé et leur entretien a duré 5 mois, de juin 2018 à Novembre 2018. Le consentement oral des professionnels de santé est obtenu. Le respect de l'anonymat leur a été garanti.

2.3 Méthodes d'observation

L'étude est qualitative, par interview sur entretiens semi-directifs. Les entretiens sont individuels, réalisés par téléphone et enregistré. L'appareil d'enregistrement utilisé est un Samsung Galaxy A8. Il est convenu d'un rendez-vous téléphonique au moment où l'interviewé est dans un environnement calme et serein. Les entretiens sont semi-guidés et approfondis par un guide d'entretien dont les questions ne sont pas nécessairement abordées dans l'ordre. Son rôle consiste surtout à effectuer les bonnes relances, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Les entretiens ont pour objectif d'obtenir des informations sur certains thèmes définis à l'avance sur un mode semi-directif. L'enquêteur doit rester le plus neutre possible afin de permettre au professionnel de santé de s'exprimer librement et spontanément. L'enquêteur intervient lorsque le professionnel de santé ne comprend pas la question ou a des difficultés pour y répondre. Enfin, des questions complémentaires peuvent être posées afin de compléter une information ou approfondir une réponse.

2.4 Méthode d'évaluation

2.4.1 Les entretiens semi-dirigés

L'enquêteur utilise un guide d'entretien pour réaliser ses interviews. Il mène l'entretien en suivant plusieurs thèmes :

- Le premier thème aborde les caractéristiques des professionnels de santé. Les questions portent sur leur profession ; durée d'exercice ; lieu d'installation ; habitudes de formation.
- Le second thème recueille les différentes opinions et perceptions des professionnels de santé sur le E-learning. L'enquêteur explore les opinions sur les avantages et inconvénients du E-learning, les différences avec les formations présentiellees et les spécificités du E-learning pour chaque profession.
- Le troisième thème recueille les différentes opinions et perceptions des professionnels de santé sur l'entretien motivationnel. L'enquêteur explore l'impact de la découverte de l'EM sur les professionnels de santé n'ayant jamais réalisé de formation à l'EM.
- Le quatrième thème recueille les opinions et perceptions de l'outil de formation proposé. Les questions portent sur ce que les professionnels de santé ont apprécié ou non ; le contexte de réalisation de la formation ainsi que les conseils des participants pour améliorer l'outil de formation
- Le cinquième thème recherche si les professionnels de santé ont envie d'approfondir les connaissances à l'EM, et si oui de quelle manière se vont-ils compléter leur formation à l'EM.

A la fin de l'entretien, il est systématiquement demandé au professionnel de santé s'il a quelque chose à rajouter à la conversation. Le guide d'entretien a évolué au fil de l'étude pour approfondir certains sujets ouverts par les participants.

2.4.2 Le recueil et l'analyse des données

Les entretiens enregistrés sont ensuite intégralement retranscrits manuellement sur des fichiers Word® par l'enquêteur sous forme de verbatim afin d'être analysés. Le verbatim est un compte

rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales(56)

Les retranscriptions sont ensuite relues fragment par fragment pour les réarranger en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux.

L'analyse et le recueil des données sont réalisés de manière continue et ininterrompue pendant la durée de l'étude afin de laisser la possibilité de voir apparaître d'autres éléments pouvant amener à modifier les entretiens semi dirigés ultérieurement.

Les verbatim ont été analysés attentivement de façon répétée. C'est en partant des verbatims que les thèmes ont émergé et non l'inverse. Aucune idée des participants n'a été éludée.

Nous avons pris le parti de ne pas utiliser le logiciel de codage Nvivo® qui nécessite un apprentissage particulier, intéressant si la quantité de matériel recueilli est très importante (thèses mutualisées) mais qui avait peu d'intérêt dans notre travail incluant 17 participants(57).

- La validité interne est un indicateur qui permet au chercheur d'évaluer la fiabilité ou la certitude de ses conclusions internes. Afin d'assurer la validité interne de notre travail, le codage a été effectué deux fois pour les premiers verbatim, par l'investigateur et par son directeur de thèse (ayant déjà dirigé une thèse avec étude qualitative(58)), c'est ce qu'on appelle la triangulation. La triangulation des données consiste à faire une analyse de données à plusieurs, de façon indépendante, puis à confronter les visions et les résultats de chacun afin d'obtenir un consensus(55). Les conclusions internes d'une recherche sont les conclusions que le chercheur tire de l'analyse statistique de ses propres données. Les conclusions tirées par l'enquêteur des interviews s'appuient sur les verbatim des différents interviews.
- La validité externe consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes. Pour ce faire, l'échantillon utilisé doit être ciblé et représentatif de la problématique(55). L'enquêteur s'intéresse aux opinions et perceptions des professionnels de santé sur une formation en E-learning à l'entretien motivationnel. L'échantillon doit être le plus divers possible pour extrapoler les résultats aux

professionnels de santé en général. Dans cette étude ont été inclus : 5 médecins généralistes exerçant en cabinet de médecine générale seul et en groupe, en centre de santé, avec une expérience allant de deux ans à trente ans d'exercice, 3 infirmiers exerçant en ville dans des cabinets de groupe, 5 pharmaciens exerçant en ruralité et en ville, 4 kinésithérapeutes exerçant en ville et en EHPAD.

Partie 3. Résultats

3.1 Caractéristiques des professionnels de santé interrogés

Dix-sept professionnels de santé ont participé à la formation en E-learning à l'entretien motivationnel et ont été interrogés entre juin et novembre 2018. Le taux de participation a été de 37,2%. Nous avons contacté par mail 43 participants susceptibles d'être intéressés par la formation, 17 ont réalisé l'étude.

Le tableau ci-dessous résume les caractéristiques des participants interrogés. Le classement suit l'ordre chronologique de tenue de ces entretiens (1 pour le premier entretien, 2 pour le deuxième, etc.) et par leur profession identifiée « M » pour médecin, « K » pour kinésithérapeute, « P » pour pharmacienne et « I » pour infirmiers/ère.

Tableau récapitulatif des professionnels de santé interrogés

	Fonction	Sexe	Expérience professionnelle	Zone et mode d'exercice	Habitudes de formation	Contexte de réalisation de la formation
P 1	Pharmacienne	Féminin	12 ans	Rurale	Laboratoire/E-learning	Domicile
P2	Pharmacienne	Féminin	9 ans	Rurale	Laboratoire/E-learning/ DU / formation in situ	Domicile
P3	Pharmacienne	Féminin	11 ans	Urbaine	Présentielle, avec grossiste	Lieu de travail
I4	Infirmier	Masculin	16ans	Urbaine/ cabinet de groupe	Présentielle	Domicile
P5	Pharmacien ne	Féminin	4ans	Rurale	Présentielle	Domicile
I6	Infirmière	Féminin	25ans	Urbaine/ cabinet de groupe	Présentielle	
M7	Médecin généraliste	Féminin	1an1/2	Urbaine /remplaçant	Faculté	Domicile
K8	Kinésithérapeute	Masculin	18ans	Urbaine	Présentielle	
M9	Médecin généraliste	Masculin	38ans	Urbaine/ cabinet groupe	Mixte	
K10	Kinésithérapeute	Féminin	12 ans	Urbaine	Présentielle	
M11	Médecin généraliste	Féminin	24ans	Urbaine	Présentielle	Domicile
M12	Médecin généraliste	Masculin	4ans	Urbaine	Mixte	Domicile/ lieu de travail
K13	Kinésithérapeute	Féminin	13ans	Urbaine / Centre de santé	Présentielle/ une formation 80% E-learning	Domicile/lieu de travail
I14	Infirmier	Masculin	14ans	Urbaine /cabinet de groupe	Présentielle	
K15	Kinésithérapeute	Masculin	30ans	Urbaine / EHPAD	Présentielle	Domicile

P16	Pharmacienne	Féminin	25ans	Urbaine	Mixte	Domicile
M17	Médecin	Masculin	27ans	Urbaine / Cabinet seul	Mixte	Lieu de travail

Au total nous avons intégré 5 médecins généralistes, 4 kinésithérapeutes, 5 pharmaciens et 3 infirmiers. Parmi eux, il y avait 10 femmes et 7 hommes.

La durée moyenne d'exercice était de 16 années (entre 1an1/2 et 38 ans).

Seuls 3 participants exerçaient en zone rurale. Les autres participants exerçaient tous en Île-de-France. Leur mode d'exercice était varié : cabinet seul, cabinet de groupe, centre de santé. On note qu'un kinésithérapeute exerçait en EHPAD et avait fait vingt ans d'exercice libéral.

Les participants n'avaient jamais réalisé de formation à l'entretien motivationnel auparavant.

Par ailleurs certains participants avaient entendu parler d'EM :

- Un médecin, enseignant en faculté de médecine générale, formé à l'éducation thérapeutique avait déjà entendu parler d'EM.
- Un médecin, enseignant à la faculté de médecine et membre d'une société de formation de médecine générale, avait quelques notions de l'EM sans jamais avoir été formé.
- Un médecin pratiquant la communication non violente (*méthode visant à créer entre les êtres humains, des relations fondées sur l'empathie, la compassion, la coopération harmonieuse et le respect de soi et des autres*) a trouvé des similitudes avec l'EM et avait déjà entendu parler d'EM.
- Un pharmacien qui avait lu quelques informations sur l'EM sur internet.
- Un infirmier avait entendu parler de l'EM lors d'un DU de diabétologie.

Les entretiens ont duré en moyenne 22 minutes. Les professionnels de santé étaient à leur domicile ou sur leur lieu de travail.

3.2 Données générales sur les entretiens

Tous les entretiens se sont déroulés par téléphone. Les participants ont été prévenus de la durée de l'interview (en général 20 minutes) et de la nécessité d'être dans un environnement calme afin d'être pleinement disponibles et que l'enregistrement soit de bonne qualité. Ils ont décidé de la date et de l'horaire de l'interview. Les participants sont ainsi dans leur propre environnement (domicile, lieu de travail, lieu de vacances). Les professionnels de santé étaient

à leur domicile ou sur leur lieu de travail. Les entretiens ont duré 22 minutes en moyenne, variant de 12 à 33 minutes. Au total, plus de 6 heures d'enregistrement ont été effectuées.

3.3 Thèmes et verbatim

Seuls les verbatims les plus significatifs sont exposés pour la présentation des résultats. Les citations ont été choisies pour leur pertinence et/ou leur représentativité. La caractéristique même des verbatims est la restitution intégrale de ce qu'a dit le participant. Il s'agit donc d'un français parlé, aucune modification de leurs expressions n'a été réalisée.

L'objectif de l'étude est de recueillir l'opinion et la perception des professionnels de soins primaires après la formation à l'entretien motivationnel en E-learning proposée par EQuIP.

Nous présenterons tout d'abord les données brutes des verbatims dépourvues d'analyse. Pour faciliter la lecture, chaque partie comporte une conclusion de ce que pensent les participants. Le chapitre « discussion », qui confronte les données recueillies à celles de la littérature nous permettra dans un deuxième temps d'interpréter les résultats.

Nous explorerons ici, l'opinion des participants sur la formation en E-learning en général, leur opinion sur l'approche motivationnelle, puis nous nous intéresserons aux avis développés par les professionnels de santé interviewés sur l'outil de formation proposé par EQuIP et leur éventuel souhait d'approfondir leur formation à l'entretien motivationnel.

3.4 Opinions et perceptions des professionnels de santé sur le E-learning

Nous aborderons dans ce chapitre l'opinion des professionnels de santé sur le e-learning en général. Un chapitre dédié à la perception de l'outil de formation en e-learning proposé par EQuIP sera exposé plus loin dans les résultats.

3.4.1 Les habitudes de formation des participants

Les participants avaient des habitudes de formation très variées. La moitié des participants avait recours à des formations présentielles, l'autre moitié avait déjà réalisé des formations en E-learning.

P1 « *J'ai fait des formations présentielle via des organismes de formation continue (...) on fait également des formations in situ : c'est plus ciblé « labo ». En ce moment, pour des raisons organisationnelles, j'avais plus opté pour de l'E-learning »*

Plus précisément un médecin avait deux ans d'expérience et n'avait donc aucune habitude de formation, à l'inverse deux médecins avaient plus de 25 ans d'expérience et étaient très investis dans la formation médicale continue et avaient réalisé tous les types de formation. Les pharmaciens avaient davantage l'habitude de formations en lien avec l'industrie pharmaceutique fournissant les traitements et matériels médicaux.

En somme, les 17 participants de notre étude réalisaient régulièrement des formations. Ils s'orientent vers de la formation présentielle ou vers la formation en e-learning si le sujet abordé est adéquat.

3.4.2 Ce que les participants apprécient dans la formation e-learning

Le E-learning est apprécié par certains participants car ils le trouvent pratique et flexible.

P1 « *Je trouve ça très pratique ! On le fait quand on veut (...) pour moi c'est très confortable. En général je ne le fais pas chez moi, je le fais toujours sur mon lieu de travail. Cela me permet de me faire des petits tronçons aussi »*

K8 : « (...) *je trouve ça beaucoup plus souple (que la formation présentielle) » ((concernant les formations présentielle) « c'est souvent des journées prisent sur des weekends (...) ou à des moments qui s'intercalent entre weekend et semaine...Et tu te dis : « c'est le seul moment où tu peux profiter de ta femme et de tes enfants » donc c'est un peu frustrant...alors qu'avec le E-learning l'avantage, c'est que tu fais ça quand tu veux ! »*

K10 : « *On peut justement faire la formation quand on veut, quand on a le temps, quand on est disponible...ça c'est vrai que c'est assez bien ! »*

M12 : « *c'est un mode d'apprentissage qui dans mon cas est très adapté. J'aime bien utiliser les médias, internet, je trouve ça très accessible. Tu as ce côté pratique de pouvoir « prendre du temps ». (...) c'est pratique de ne pas avoir à te déplacer »*

Rejoint par un participant qui explique qu'il a décidé de réaliser la formation durant sa période de vacances : moment privilégié de remise en question et de concentration,

K10 « les vacances sont souvent un moment où je fais une mise au point sur mon métier (...) c'est un moment où je suis un peu « à distance de ma profession »(...)où je me dis: « tiens, j'aimerais bien progresser sur ceci ou cela »(...) Voilà donc c'était le moment propice, pouvoir être disponible, avoir du temps, ne pas être fatigué, être concentré (...)ne pas lire un peu « rapidement » et me permettre de m'en imprégner(...)(de la formation) »

A titre d'exemple, le e-learning a permis à un participant de réaliser une formation à distance de chez lui.

K13 « Moi j'en pense que du bien (...) parce que cela me permet de faire des formations à distance (...) Par exemple le DU que j'ai passé, il est à Nice. Cela m'arrangeait bien de pouvoir le passer en E-learning et pouvoir faire mon DU quand même (...) donc c'est quand même une grande avancée... »

Donc, la formation en e-learning peut faciliter le quotidien des professionnels de santé. Ils sous-entendent que leur quotidien est très chargé, le e-learning permet de poursuivre leur formation sans être contraint de choisir entre sacrifier un peu de temps libre ou suspendre leur activité professionnelle.

Certains participants pensent que le e-learning est adapté pour découvrir les bases d'un apprentissage,

M7 « C'est plus simple que de s'inscrire à une formation (...) payer la formation (...) y aller (...) Je trouve que c'est pas mal comme information et comme formation initiale »
P2 « C'est bien pour les fondamentaux »

3.4.3 Ce que les participants n'apprécient pas dans la formation en e-learning

Nous rappelons que la formation en e-learning proposée par EQuiP ne comportait pas de possibilité d'interaction entre formateur et apprenant.

La plupart des participants ont regretté le manque fréquent d'interaction, le e-learning ne permettant pas à l'apprenant de poser des questions aux formateurs,

P1 « Il n'y a pas d'interaction par rapport à une formation présentielle ou l'interlocuteur nous explique des choses (...) dans le e-learning, on ne peut pas lui poser de questions »

I 14 (au sujet de la formation e-learning proposée) : « c'est les limites du e-learning !(...) on a envie d'intervenir (...) on ne peut pas arrêter la vidéo et dire : « on peut rediscuter ce point-là ? » (...) c'est dur on ne peut pas (...) rebondir sur des trucs qui nous font frémir les oreilles... »

K8 : « c'est peut-être plus difficile d'approfondir une notion si tu n'as pas d'interlocuteur en temps réel (...) si tu te dis : « tiens je n'ai pas compris tel diapo ou tel moment du film... ? il faut retourner voir la personne ou lui envoyer un mail... c'est peut-être un peu le frein à la compréhension... »

Ils précisent que certaines formations en e-learning proposées peuvent être très interactives,

P16 : « j'ai eu des e-learning où il y avait une interaction (...) on était plusieurs à se connecter (sur internet) et on pouvait échanger (...) et on pouvait poser des questions (...) Il ne faut pas que ce soit seulement « passif » (...) Si c'est du e-learning « passif » ça ne suffit pas »

K13 (au sujet d'une formation E-learning réalisée dans le passé) : « ils avaient des techniques pour nous obliger (...) à nous ancrer un peu dans ce qu'on apprenait (...) tu avais forcément des pages à compléter (...) c'est juste pour te permettre de bien ancrer la phrase (...) plutôt que de lire machinalement et intégrer l'information (...) franchement cela paraissait très « bêta » mais le fait de le faire je pense que ça permettait d'enregistrer l'information... »

Ainsi, les participants de notre étude soulignent un défaut principal du e-learning : le manque d'interaction avec le formateur durant la formation empêchant l'apprenant d'intervenir et qui peut être un frein pour la compréhension.

Certains s'orientent préférentiellement vers la formation présentielle qui est perçue comme un moment privilégié de rencontre et d'échanges avec leurs collègues,

I 6« La formation présentielle, c'est l'occasion de rencontrer d'autres gens (...) donc non !
L'idée de faire la formation toute seule chez moi (E-learning), sur un ordinateur, cela ne m'intéresse pas du tout... »

I 11« En formation présentielle on est là (...) avec des collègues (...) c'est un temps de pause, de détente.»

Ce qui n'est pas la règle pour tous car un médecin apprécie d'être seul chez lui pour réaliser sa formation.

M12« Tu es chez toi (...) c'est pratique (...) cela te permet d'apprendre dans ton environnement, sans être dérangé par qui que ce soit (...) et vraiment t'isoler et juste apprendre (...) quand tu veux (...) avec l'avantage de ne pas avoir à te déplacer. Donc oui ! le côté « pratique » »

Les participants à notre étude pensent que la formation en e-learning demanderait une motivation plus importante pour initier une formation en e-learning,

K13 en parlant de la formation e-learning : « L'inconvénient c'est de remettre à plus tard (rires) (...) quand tu as une formation le mardi et bien tu y vas ! (...) tu es présent. (...) Le e-learning tu es complètement autonome... (...) je t'ai dit combien de fois : « attend je vais le faire ce n'est pas long ? » ...et puis tu passes à autre chose tu remets à plus tard... »

M7 : « Je trouve qu'il faut avoir une motivation initiale (...) on ne va pas aller la chercher spontanément...(la formation e-learning)

Et demande un surcroît de concentration par rapport à une formation présentielle,

M11 : « Le e-learning j'ai du mal à me concentrer parce que « comme par hasard » on fait plein de choses en même temps...on mange, on regarde le courrier (...) alors qu'en présentielle on est là, bien à l'écoute (...) on est plus attentif et concentré » on peut rester toute la journée, cela ne pose aucun problème bien au contraire, j'aime bien ! » `

M12 « ça demande plus d'investissement de la part de l'apprenant (...) En présentielle, tu es déjà obligé de t'investir un petit peu (...) déjà par le fait de t'être déplacé. Par exemple pour les MOOC (massive open online course), il n'y a que 5 à 10% des gens qui vont jusqu'au bout (...) cela montre bien pourquoi c'est si compliqué le e-learning »

I14 : « Je sais qu'au bout d'un moment, je vais me disperser... je vais penser à autre chose... je vais quitter un peu le truc... »

I 6 « j'ai beaucoup plus de mal à me concentrer sur ce type de façon de faire (e-learning). J'ai toujours autre chose de mieux à faire (...) je m'y mets mais je pense à autre chose...c'est un peu ça le problème (...) Je préfère pouvoir échanger avec quelqu'un (...) ça m'intéresse plus »

I 4 « le e-learning (...) Je n'étais pas réticent mais bon...c'est plus le côté : « se poser », « se concentrer » qui est difficile (...) »

Un participant suppose que l'attention des participants dépend du sujet de la formation,

P2 (au sujet du e-learning) : « Après il ne faut pas que ce soit trop « technique » (...) parce sinon on abandonne je dirai... »

A contrario un médecin ne comprend pas les difficultés de concentration des autres participants,

M17 (interrogé sur les difficultés éprouvées par les participants) : « non je n'ai pas de problème (...) se concentrer quand on est seul chez soi...c'est bizarre comme idée (...) on a étudié quand même pendant quelques années seul chez nous (...) non ? »

Certains participants pensent que la formation e-learning est moins efficace que la formation présentielle,

I 4 « Sur les formations présentielles que j'ai pu faire (...) je suis à l'écoute. Cela dure une journée ou deux (...) Ce type de formation me parle davantage (...) j'intègre beaucoup plus les notions qui me sont proposées »

P3 « Je trouve que c'est toujours moins profitable qu'une formation en présentielle sur une journée complète »

M11 au sujet de la formation présentielle : « c'est plus agréable et plus porteur, on sort avec un message assez clair ! »

Selon un médecin, l'efficacité de la formation en e-learning dépend de la qualité de celle-ci,

M 9 (ayant été formé à la méthodologie e-learning) : « (...) Je me suis rendu compte que ce n'est pas si simple (...) à mettre en place (le e-learning). Cela demande une vraie (expertise)...ça ne peut pas être fait « comme ça », on ne peut pas dire : « J'ai de la vidéo, j'ai des questions, je vais mettre des quiz et voilà c'est du e-learning ! » (...) mais je pense que quand c'est bien fait, c'est très efficace ! Mais ce n'est pas toujours bien fait... »

La formation présentielle et le e-learning seraient donc deux modes d'apprentissage complémentaires,

P12 « je pense que c'est un complément mais que parfois cela ne suffit pas(...) ça dépend des formats (...)J'ai eu aussi des formations présentielles à compléter avec du e-learning(...)on est deux jours sur un site avec des formateurs et d'autres collègues, on échange(...)après, on a un format E-learning où il y a des compléments(...) et aussi une sorte de « test » pour voir si on avait bien assimilé la formation...c'est des choses qui se complètent... »

P16 (parlant du e-learning) : « je pense que c'est un complément mais que parfois cela ne suffit pas (...) j'ai eu aussi des formations présentielles à compléter avec du e-learning (...) : d'abord deux jours sur un site avec des formateurs (...) puis, on a un format e-learning où il y a des compléments, et une sorte de « test » pour voir si on avait bien assimilé la formation...c'est des choses (type de formation) qui se complètent »

Au final, l'attirance vers le e-learning serait d'après les participants, une histoire de goût et de capacité personnelle,

I4 (au sujet du e-learning) : « (...) il y a des gens qui ont cette capacité et qui les font très bien (les formations e-learning), après c'est personnel...c'est le même principe que les tutoriels, après il faut avoir les compétences pour analyser le tutoriel et pour s'en servir à bon escient. Il y a certaines personnes qui ont la compétence d'analyse suffisante, d'autres un peu moins »

I6 : « (...) certains (professionnels de santé) préfèrent faire ça de chez eux du coup, ils développent ce genre de truc (le e-learning) ... moi j'avoue que ce n'est pas trop mon genre de truc... »

I14 : « (...) après ça dépend de chacun...mais je sais que j'ai toujours préféré le présentiel...même quand j'étais à la faculté...j'étais archéologue avant, on avait des cours par internet etc...et je sais que ce n'est pas trop mon système (le e-learning) »

Particulièrement, les kinésithérapeutes interviewés expliquaient que selon eux le e-learning est moins adapté pour leur profession qui fait souvent appel à des thérapies manuelles.

K10 « (la formation de kinésithérapeute) demande pas mal d'apprentissage par manipulation (...) c'est vrai que c'est difficile de faire du e-learning (...) c'est plus facile en

présentielle. On nous apprend à manipuler d'une certaine manière (...) après on s'exerce les uns sur les autres donc c'est plus propice (la formation présentielle) »

K13 : « (...) dans nos études d'ostéo et de kiné (...) on est nous-même les propres « cobayes » on travaille en binôme généralement (...) on a vraiment besoin d'être en présentiel »

K15 : « (...) je pense que ça ne peut pas s'adresser à tout type d'apprentissage (...) entre autre dans notre métier c'est vrai qu'on a un métier très « manuel »(...) »

Excepté quand il s'agit d'autre type de formation,

K13 « J'ai fait un DU en ergonomie où j'ai fait 80% en e-learning et 20% en présentielle (...) nous on a vraiment besoin de faire du présentielle généralement (...) dans nos études d'ostéopathe et de kinésithérapeute (...) on est nous-même les propres « cobayes » donc on travaille en binôme généralement (...) on a vraiment besoin d'être en présentielle. Là, moi j'ai fait mon DU d'ergonomie en e-learning mais c'est parce que c'est hyper théorique en fait... »

K15 : « après si c'est pour faire passer des nouvelles notions sur la lombalgie en disant (...) on peut très bien le voir ! »

Les pharmaciens pour des raisons organisationnelles optent souvent pour de la formation en e-learning. Ils n'ont ainsi pas besoin de quitter leur lieu de travail.

P5 concernant les formations présentielles « Il faut y aller (...) si on y va, cela veut dire une personne de l'équipe en moins. Et souvent les patrons ne sont pas pour ! Donc oui, c'est plus facile comme ça (formation e-learning) ... »

P16 au sujet de l'engouement des pharmaciens pour le e-learning : « Parce que sur Paris on a des horaires d'ouverture très larges (...) on a peu de temps dans la journée ou alors on est absent... pour programmer une absence, il faut avoir une bonne organisation (...) c'est un peu plus difficile donc je comprends que la plupart fasse du e-learning »

En résumé, nous avons exploré les opinions des participants sur le e-learning en général. Les 17 participants de notre étude avaient des habitudes de formation très variées, formation présentielle ou formation en e-learning. Les opinions sur la formation en e-learning sont très divergentes parmi les participants.

Certains, apprécient la formation e-learning qu'ils perçoivent comme un outil pratique et flexible. Les professionnels de santé, ayant des emplois du temps chargés, peuvent ainsi décider de quand, où et comment ils réalisent la formation. L'expérience des participants montre que le e-learning permet l'accès à des formations à distance limitant les déplacements souvent onéreux et leur permet d'éviter une absence que ce soit sur leur lieu de travail ou à leur domicile.

Les professionnels de santé qui n'apprécient pas le e-learning déplorent son manque d'interaction fréquent. Ils pointent du doigt le manque d'interaction avec le formateur mais ils font remarquer que la formation présentielle représente aussi pour eux un moment de partage avec leurs confrères qui manque dans la formation en e-learning. Les participants appréciant le e-learning rappellent qu'il existe des formations de ce type plus interactives que d'autres. Il faudrait, selon les participants, une motivation initiale plus forte pour s'engager dans une formation en e-learning. Les participants n'appréciant pas le e-learning pensent que ce type de formation exige un surcroît de concentration par rapport à une formation présentielle.

En somme, la formation en e-learning et la formation présentielle semblent complémentaires. Le e-learning sera apprécié et efficace s'il est interactif avec une plateforme ergonomique permettant un échange simple avec le formateur.

On voit bien que les diverses modalités de formation sont complémentaires, elles doivent être adaptées au thème de la formation et la qualité de la formation est toujours primordiale.

Verbatims employés pour décrire les aspects positifs du e-learning : pratique ; confortable ; bien ; facile ; bien pour les fondamentaux ; pas de déplacement ; moins dense que du présentielle ; à la vitesse qu'on veut ; super ; quand je veux ; plus souple ; plus actuel ; intéressant ; quand on est disponible ; permet des formations à distance ; pouvoir le fractionner ; très adapté ; très accessible ; sans être dérangé : autonomie complète

Verbatims employés pour décrire les aspects négatifs du e-learning : pas d'interaction (avec d'autres participants) ; manque d'échanges ; moins profitable que du présentiel ; trop court ; pas assez vivant ; difficile de se concentrer ; demande plus d'investissement ; complément

3.5 Perceptions des professionnels de santé concernant la relation soignant/soigné

Nous exposerons dans cette partie les perceptions des professionnels de santé concernant la relation soignant/soigné de façon générale, en sachant que la formation à l'EM a pu influencer les participants. Ainsi, certains verbatims exposés dans cette partie peuvent se retrouver dans la partie consacrée à la perception de l'EM par les participants.

3.5.1 Une communication de qualité permet des soins de qualité

Les professionnels de santé pensent que des soins de qualité s'appuient sur une communication avec le patient de qualité,

M17 : « C'est l'essentiel de notre métier la communication (...) nous on est dans le verbe : la semaine dernière je me suis retrouvé deux jours aphone, j'avais une laryngite du « feu de dieu », je me suis rendu compte que c'était vraiment mon outil de travail la voix ! Je me suis dit : « mince, je n'ai plus mon outil principal de travail ! »

I 14 : « moi je ne peux pas faire un soin dans le silence...sauf si le patient ne veut pas parler, ça aussi c'est respectable. Mais un moment, le silence du soignant peut être une barrière à une bonne prise en charge... »

K 8 : « c'est super intéressant de faire comprendre à la personne qu'elle verbalise ce qui est important pour elle, (par exemple) le fait qu'elle s'entretienne, qu'elle fasse des choses, je trouve que c'est hyper important, (...)parfois dans la verbalisation, quand la personne emploie ses propres mots (...)tu peux rebondir(...): « tiens, vous avez dit ceci ? ah oui... je me suis trompé », (...) c'est un lapsus qui parfois...peut en dire plus(...) je suis très sensible à la communication donc pour le coup ça me parle énormément »

Un participant ajoute que certains médecins peuvent être compétents techniquement mais incompetents au niveau de leur communication avec le patient,

K 8 : « certains (médecins) ne sont pas faits pour accompagner des patients c'est compliqué...c'est vrai que quand tu as quelqu'un qui parle peu ou pas, qui n'est pas empathique, qui peut être un très bon technicien, qui sera très bon dans son domaine par ailleurs (...) mais au-delà de ça catastrophe ! »

Enfin, certains participants déclarent que savoir bien communiquer n'est pas « inné »,

P 5 : « on va dire aux gens « ah non ce n'est pas bien, il ne faut pas faire ça ! », et même parfois sans le vouloir... parce qu'on ne sait pas comment s'adresser au patient (...) ce n'est pas du tout la bonne chose à faire... »

K10 : « Ah oui c'est vraiment beaucoup de feeling...c'est vraiment comment nous, on perçoit la personne (patient) (...) après on a différentes façons de pratiquer (...) c'est vrai que cette première approche un peu « psychologique » je dirais, (...) on apprend pas du tout (...). Au fur et à mesure on en fait un peu (...) mais c'est vraiment à l'expérience...savoir écouter...c'est vraiment très personnel je pense... »

3.5.2 L'écoute entre professionnels de santé et leurs patients

D'après les participants, certains médecins écoutent peu leurs patients,

K10 « c'est vrai qu'on entend beaucoup dire (...), au travers des patients, que les praticiens de santé n'écoutent pas beaucoup (les patients) notamment les médecins spécialistes (...) je trouve ça très bien de pouvoir faire ça (découvrir l'entretien motivationnel) chez beaucoup de praticiens...parce que beaucoup de patients se plaignent justement...de ce manque d'écoute et de partage. (...) si on peut faire un peu changer les choses... »

Un infirmier pense que les patients ont besoin d'être écoutés,

I 14 (au sujet de la décision d'une patiente) : « (...) je crois que c'est la première fois que j'ai dit à la patiente : « mais qu'est-ce que vous attendez de nous ? Qu'est-ce que vous pensez de votre situation et de ce que vous a dit le médecin ? » Elle m'a dit : « mais de toute façon ça ne se fera pas autrement de ce qu'on a décidé (...) c'est l'une des premières fois je pense où elle a pu dire à un soignant : « mais votre décision ça m'emmerde et je ne le ferai pas... »

même si un participant pense que beaucoup de progrès ont été faits en termes de communication par les soignants,

P16 : « Alors il y a des soucis de communication...ce n'est pas forcément du fait des soignants...moi je pense qu'on a fait beaucoup de progrès...je pense que la jeune génération de médecin a fait des progrès dans ce sens-là...vous avez été peut-être plus sensibilisés à tout ce qui est éducation thérapeutique...et justement relationnelle...

L'ancienneté de la relation peut être un obstacle à une communication de qualité d'après un infirmier,

I 14 (au sujet d'une patiente) : « elle ne dit pas ça au médecin parce que ça fait 40 ans... c'est le médecin de famille... mais aussi un peu l'ami... (rires) il y a une porosité dans les limites et les fonctions de chacun... qui sont sans doute très bien dans de nombreuses situations mais là, je trouve que c'est plutôt délétère... »

Les différents professionnels de soins primaires sont complémentaires dans la relation soignant/soigné.

P16 : « les patients n'ont pas la même relation avec les médecins, qu'avec les infirmiers, qu'avec les pharmaciens déjà... donc c'est pour ça que la communication est différente, je dirais pas qu'il y a des « difficultés », elle est différente et je pense qu'il faut qu'on soit conscient de cette différence pour soulever les problèmes (...) le patient ne va pas oser demander certaines choses au médecin, il va demander à l'infirmier, il ne va pas demander forcément non plus au pharmacien... donc il va y avoir des informations... « Coupées » ou « partielles »... »

I14 « il y a cette approche infirmière parce qu'on n'est pas au même « niveau » que le médecin ou kiné... en général on arrive à la fin (rires) (...) du coup on a cette « proximité » »

3.5.3 Perception des professionnels de santé sur la pratique du conseil

Un patient qui suit les conseils des soignants est une situation valorisante pour le soignant qui s'implique davantage dans la relation,

I 6 : « on a eu assez plaisir avec Mme C qui était très réceptive et qui, au niveau de l'alimentation, s'est beaucoup remise en question (...) quand on a affaire à des gens comme ça, t'es super motivé, ça avance ! »

Cette situation est rare. La plupart des professionnels de santé interrogés pensent que les conseils des soignants ne sont pas suivis,

P5 : « Je pense qu'(...) impliquer le patient, lui donner envie, je pense que c'est le mieux. Parce que : mon médecin m'a dit de faire ça, ça marche cinq minutes... (rires) »

K8 (à propos de rééducation) « les patients à qui l'on dit vous faites ça, généralement ça ne marche jamais... alors ils arrêtent et ils reviendront te voir vraiment quand ils auront tout essayé. Ils auront justement rien fait... et le temps n'arrange pas les choses... et alors là, ils te disent : « il faut vraiment que je fasse quelque chose ! » donc là ils viennent, mais contraints et forcés par les douleurs et par les problèmes... »

K10 à propos de rééducation : « il ne faut pas que ça vienne que de nous (...) si on leur dit : il faut faire ça, il faut faire si...et bien c'est vrai que les patients ne répètent pas forcément l'exercice à la maison... »

M9 : « Alors peut-être, être plus vigilant dans la façon de délivrer des messages (...) on a tous tendance à essayer de persuader les gens (...) cette façon autoritaire ou paternaliste de dire aux gens : « vous devez maigrir ! Vous devez arrêter de fumer ! » Ou de leur montrer les ravages que le tabac fait sur l'organisme ce n'est pas efficace...

I6 : « j'ai des amis kinés (...) qui me disent : « les gens tu leur expliques qu'il faut marcher, qu'il faut bouger, ils ne le font pas... comment tu veux t'en sortir ! »

Sans solution, beaucoup déclarent qu'il est facile de dériver vers le discours moralisateur,

P5 : « on a souvent tendance à être moralisateur. Comme nous, on sait que c'est que ce n'est pas bien, on va dire aux gens : « ah non ce n'est pas bien, il ne faut pas faire ça », et même parfois sans le vouloir... »

M7 « je trouve qu'on a vite tendance (...) à moraliser ou à juger un comportement »

P5 : « soit même on ne se rend pas compte...mais quand je vois des collègues qui commencent à faire la morale à des patientes qui viennent chercher la pilule du lendemain, qui disent : « vous avez un moyen de contraception ? Quoi ?! Vous n'en avez pas... ?!Et bien ce n'est pas bien !» Sérieusement ? C'est quoi cette morale ? Alors je me dis : « c'est les autres », c'est plus facile de le voir(...) on le fait forcément tous un peu sans le vouloir... »

Et certains peuvent adopter une approche autoritaire,

P3 : « j'ai eu un médecin la semaine dernière qui a lancé à une patiente : « vous ne vous en sortirez jamais avec votre dépression, vous pouvez rester avec vos traitements ! » (...) elle est arrivée à la pharmacie complètement catastrophée... »

I14 « cela met fin à cette idée du médecin de famille tout puissant (...) qui va tout d'un coup éclairer... (...) qui va dire tout d'un coup : « il faut faire ça et pas autre chose ! »

I14 discussion entrée d'un patient en EPHAD : « le médecin a dit : « non il faut te mettre en institution c'est plus possible tu vas mourir », à peu près comme ça, sur ces termes là...un peu brut de décoffrage... » (...) un peu violent quand même... »

Il est intéressant de souligner que cette approche autoritaire peut parfois satisfaire certains patients d'après les participants.

P5 : « Chez certains patients (le médecin) : c'est vraiment dieu ! et quand je demande « mais pourquoi il a mis ça sur l'ordonnance ? Et bien... je ne sais pas mais si le médecin a dit qu'il fallait le faire... » (rires), mais du coup je pense que le patient est complètement infantilisé »

I14 : « je leur pose souvent la question : « mais qu'est-ce que vous attendez de mon passage ? bon alors des fois c'est un peu... : « et bien le médecin il a dit que... » Bon d'accord... (rires)

I14 : « (...) et aussi parole d'or... ça me fait penser à une patiente qui a un ulcère (...) son dermatologue nous a sortis un protocole (...) j'ai vu le protocole, je suis devenu blanc... et la patiente : « il m'a soigné mes ulcères il y a dix ans c'est le meilleur dermatologue de la place de Paris ! »...et là vous vous dites ma consultation à Saint Joseph je fais une croix dessus, mes idées je fais une croix dessus...(...) le médecin en France a une place très particulière... »

A titre d'exemple, un kinésithérapeute confirme la vision des participants : kinésithérapeute libéral pendant trente ans, il aurait eu un discours très autoritaire,

K15 : « ce discours là je l'ai un peu directement reporté sur mes patients (...) j'ai toujours été assez directif dans ma façon de gérer les patients (...) c'est un peu comme avec des gamins on estime que nous on a le savoir donc et bien (...) : « voilà c'est comme ça point à la ligne. » il y a toujours le consentement libre et éclairé du patient, il faut lui donner une information loyale...donc ça, il n'y a pas de soucis. Mais quelque part je fermis les portes et je laissais peu de choix pour la réponse »

3.5.4 L'autonomisation des patients : une obligation ?

L'autonomisation des patients est perçue comme un défi à relever par les professionnels de santé interrogés étant conscient que leurs conseils ne sont pas suivis.

I6 : « (...) je pense que c'est vraiment nécessaire (...) que les gens n'ont pas besoin qu'on les infantilise encore plus ! il faut qu'ils soient acteurs de leur santé, ça c'est évident. Je suis entièrement d'accord »

M7 « finalement on a du mal... (...) moi j'ai plutôt tendance à vouloir maîtriser ma consultation pour que ça dure quinze à vingt minutes... donc je suis vachement dans la maîtrise... (...) je ne laisse pas cette autonomie au patient et justement cette place pour qu'il trouve sa solution... »

Pour certains cela va de soi,

M17 : « des gens (praticiens) qui n'ont pas cette notion là (d'autonomisation du patient), il est logique de les sensibiliser à ça (...) la collaboration, la participation du patient (...) qui se prend en charge lui-même, qui est responsabilisé (...) Mais il me semble que ça, c'est quelque chose qui doit être fait dès le berceau quoi... (en formation initiale) »

D'après un pharmacien, les guides d'éducation thérapeutique (entretien pharmaceutique asthme/diabète) ne favorisent pas l'autonomisation des patients,

P16 : « on fait nos entretiens sur l'asthme ou le diabète, (...) la sécu nous propose des formats et quand on lit, on a l'impression que les patients sont considérés comme des bébés et qu'on leur parle comme à des bébés »

Un infirmier précise que dans certaines situations l'autonomisation du patient n'est pas forcément indispensable,

I14 : « quand on passe pour le pilulier (...) il y a des patients cela leur va aussi très bien... il y a le bénéfice secondaire pour le patient. Avec l'infirmier, ils se sentent beaucoup moins seuls. C'est vrai que si on veut les ramener vers l'autonomie... ils vont se sentir encore plus seuls, ça ne va pas le faire pour eux... »

Ce même participant pense que certains patients aiment laisser la décision concernant leur santé au soignant,

I14 : « les gens se dédouantent... j'ai l'impression que s'ils pouvaient « laisser le bras le matin pour être soigné et le reprendre le soir » ça les arrangerait très bien (rires)... c'est compliqué la vision de la santé... il n'y a pas de prévention... »

3.5.5 Les professionnels de santé s'intéressent aux approches communicationnelles pouvant améliorer la relation soignant/soigné

Durant les interviews les participants ont évoqué d'autres approches de communication qui, selon eux, pouvaient améliorer la relation soignant/soigné

- La communication non violente (CNV)

La communication est une méthode visant à créer entre les êtres humains des relations fondées sur l'empathie, la compassion, la coopération harmonieuse et le respect de soi et des autres,

M7 : « je connaissais d'autres techniques de communication (...) je connaissais la communication non violente, que j'avais déjà trouvée très intéressante (...) qui est à la fois pour le médecin et le patient. L'entretien motivationnel c'est vraiment centré sur le patient »

M11 : « (l'entretien motivationnel) ça peut me parler parce que j'ai fait de la communication non violente (...) j'ai fait des formations avec le pharmacien de Lariboisière à l'initiative de la consultation d'observance pour les patients VIH(...) ça m'a beaucoup aidé à accepter le patient... »

- L'éducation thérapeutique

L'éducation s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins.

M12 : « j'ai fait la formation des 40 heures sur l'éducation thérapeutique »

- La Process Com

K13 (souhaitant se former à la Process Com) « Je pense un truc plutôt dans la psychologie et la communication(...)qui s'appelle la « process com » c'est aussi pouvoir cerner assez rapidement quel genre d'individu tu as en face(...)parce que même si tu essayes de te mettre à la hauteur de ton patient...tu as toujours une relation professeur élève... si toi tu parles avec ton canal, lui, il ne va pas recevoir l'information...(...) donner des clefs pour essayer de comprendre qui tu as en face de toi...(...) comment lui parler pour que l'information lui parvienne...donc tu vois plus un truc en psychologie »

3.5.6 Le manque de temps des professionnels de santé : un obstacle à une relation de qualité ?

Nous aborderons dans cette partie la problématique du temps soulevée par les participants comme frein à une relation de qualité. Certains résultats seront repris plus loin car le temps est perçu comme un obstacle à la pratique de l'EM.

Un kinésithérapeute déclare avoir des journées relativement stressantes ce qui peut nuire à la qualité de la relation avec le patient,

K8 : « parfois tu te dis comment je vais faire j'ai dix consultations derrière, pour tenir mes délais, c'est vrai que parfois tu n'as pas forcément le temps de mettre tout ça en place (...) voilà enfin moi je suis tout le temps en retard pour être clair donc ça ne me gêne pas de rajouter un peu plus de temps parce que je pense qu'à la fin le patient il est gagnant, il attend, mais quand tu le prends en charge il est content que tu prennes le temps avec lui de l'écouter »

Mais la chronicité des prises en charge et le fait de réaliser des thérapies manuelles permettent au kinésithérapeute de créer des moments privilégiés avec les patients,

K10 : « nous on a l'avantage de faire une série de séances assez importantes...(...) On a beaucoup de chance en tant que kiné de voir les patients très longtemps (...) de les écouter (...). C'est vrai que de recevoir un patient par demi-heure, ça nous permet vraiment d'écouter la personne beaucoup plus, d'avoir un suivi individuel qui est important et qui nous permet nous aussi d'orienter le traitement comme il faut »

K15 : « nous on a cette chance d'être en relation avec les patients de façon régulière et vraiment en seul à seul(...) on a ce contact très régulier par le biais des séances donc on peut avoir des discussions...(...) c'est vrai qu'en cabinet on a quand même cette relation récurrente avec les gens où on a le temps de poser les choses, où on a le temps de faire passer un message de leur faire passer un message »

K15 « moi j'ai soigné pendant plus de vingt ans un myopathe (...) J'y allais tous les jours chez lui(...) c'était une relation très forte (...) je me dis qu'on peut être dans des relations (...) avec certains patients chroniques (...) qui peuvent être des relations puissantes »

La problématique est aussi soulevée par les infirmiers qui voient, de la même façon que les kinésithérapeutes, les patients par séquences brèves mais fréquentes,

I 4 : « C'est vrai que parfois en tant que libéral, on est pressé, on veut aller vite et c'est peut-être le moment où le patient a envie de parler, et on n'écoute pas, on écoute d'une oreille, et cette écoute est importante, (...) j'ai l'impression au niveau professionnel de manquer de temps »

I 6 : « On manque de temps clairement (...) on ne voit pas les gens très longtemps. Tu vois à chaque passage le matin quand on voit Mme T, on a dix minutes un quart d'heure (...) On ne peut pas voir les gens très longtemps »

Concernant les médecins cette fois, ce sont les autres professionnels de santé qui évoquent des temps de consultation plutôt courts,

P1 : « il va falloir qu'une consultation dure plus de 4 minutes ça va être compliqué pour certains médecins... »

K8: « un exemple d'un médecin généraliste du coin, c'est triste à dire, c'est quinze minutes, c'est un problème par patient (...) a contrario il y en a qui sont plus dans le dialogue que d'autres, même s'ils sont très en retard...et c'est compliqué »

3.5.7 Infirmiers dans la relation soignant/soigné

Nous avons soulevé quelques spécificités dans la relation entre un infirmier et son patient.

Tout d'abord, un participant rappelle que la profession d'infirmier est en pleine évolution.

I 14 : « Alors IPA a sorti le décret de compétences cette année : Ce sont des infirmiers qui vont avoir un droit de prescription. (...) Dans plein de pays, cela fait 20 ans que les infirmiers font des consultations ça se passe très bien (...) ça peut être intéressant parce que dans IPA vous êtes à cheval sur le médical et le paramédical.

Un infirmier explique que la relation avec son patient se base sur une communication adaptée.

I 14 sur l'écoute : « après cela dépend (...) des habitudes de chacun (...) je reste persuadé que si l'on veut qu'une prise en charge perdure et soit de qualité, (...) si l'on ne veut pas aller au conflit et au clash, (...) il y a forcément ce moment où, pour apaiser une situation, (...) qu'on y passe un peu de temps(entretien motivationnel) afin de savoir ce qu'ils

attendent de nous (...) je leur pose souvent la question : « mais qu'est-ce que vous attendez de mon passage ? » »

Selon ce participant, les infirmiers ont un devoir d'écoute supérieur aux autres professionnels de santé.

I14 « (...) chez les infirmiers, il y a pas mal d'écoute qui est injecté à dose homéopathique sur les trois ans et demi de formation. Je pense qu'inconsciemment on doit avoir un minimum ça... »

I14 prenant l'exemple d'un entretien avec un patient : « j'étais vraiment dans l'écoute et la reformulation : « donc si j'ai bien compris, c'est ça que vous voulez ? » et l'entretien s'est terminé par (réponse patient) : « oui voilà, vous avez compris c'est ça qu'on veut... » (...) les infirmiers inconsciemment on nous inculque ça...on n'a pas de module entretien motivationnel... »

I14 « L'écoute parce que je trouve que le patient se confie beaucoup à l'infirmier »

Une infirmière nous a confié qu'elle se considère comme « garante » de la bonne prise de traitement par ses patients. Pour cela elle essaye d'inciter les patients à prendre leurs traitements. S'ils ne se plient pas à l'ordonnance du médecin il est difficile, selon elle, de les laisser décider. Elle reprend donc les choses en main :

I6 Expliquant son rôle dans l'observance thérapeutique : « (...) on commence à prendre en charge des patients parce que le médecin nous signale que le patient ne prend pas correctement son traitement, par exemple les patients qui sont sous AVK le médecin va dire : « bon, ce serait bien qu'il y ait une infirmière qui contrôle un peu tout ça... »

I6 : « Il faut les inciter à prendre leur traitement (...) c'est devenu plus compliqué beaucoup plus qu'avant, avec les génériques qui changent, c'est devenu beaucoup plus compliqué »

I6 : « du coup on va leur dire grosso modo : « vous allez devoir prendre les médicaments, et tout ce que vous avez l'habitude de faire comme si, comme ça : de les prendre « n'importe comment » Et bien ça va changer !on va s'en occuper (rires) »

I6 : « Bon on est habitué à ça, on fait ça petit à petit : au début, on les laisse croire que se sont eux qui vont diriger les trucs (prise de traitement) ...et puis on arrive au fait qu'on fait le pilulier une fois par semaine et puis ils n'ont plus qu'à les prendre... »

En résumé, selon les professionnels interrogés, la délivrance de soins de qualité s'appuie nécessairement sur une communication de qualité. Maîtriser la communication ferait partie

intégrante du rôle des soignants afin de transmettre les informations de façon adéquate aux patients. Pourtant, les patients ne se sentent pas suffisamment écoutés.

Même si des progrès sont constatés certains professionnels de santé éprouvent des difficultés dans la façon de faire passer les messages aux patients, qu'ils s'en rendent compte ou pas. Les patients ne suivent pas les conseils des professionnels de santé et ceux-ci le reconnaissent mais ne savent pas comment faire autrement pour aider au mieux leurs patients. Les professionnels de santé de soins primaires (médecin, IDE, pharmacien et kinésithérapeute) ont des rôles complémentaires à jouer dans la relation qu'ils construisent avec les patients, qui ont besoin de chacun d'eux. Certains patients s'en remettent à l'autorité médicale pour prendre les décisions concernant leur santé de façon inconsciente ou en attendant un bénéfice secondaire. Autonomiser le patient est vu comme un défi pour tous les professionnels de santé.

Particulièrement, les infirmiers semblent être davantage préparés à l'écoute que les autres professionnels. Un infirmier déclare parfois adopter une position de « contrôleur » de la prise du médicament, la « sanction » étant de forcer le patient à prendre son traitement pour faire respecter la prescription médicale. Le temps peut être un obstacle à la construction d'une bonne relation soignant/soigné, mais les kinésithérapeutes et les IDE pensent être privilégiés de par la répétition des entrevues avec les patients. Conscients de l'importance d'une bonne communication, les professionnels de santé s'intéressent à des approches pour améliorer celle-ci : communication non-violente, éducation thérapeutique, Process Com.

3.6 Perception des professionnels de santé concernant la problématique du changement

Les interviews des participants ont fait émerger la problématique du changement. Certains résultats se croiseront avec la partie suivante qui est focalisée sur les opinions des professionnels de santé sur l'EM.

Un médecin donne son opinion précise sur les différents profils de patients face à la dynamique du changement,

M12 « il y a la grande majorité des gens qui va faire des changements tout seul, qui vont chercher de l'aide, ils vont même demander de l'aide, et finalement eux on aura jamais rien à faire ils feront tout « tout seul »,
Tu as ceux qui ne feront jamais rien qui trouveront toujours des raisons de ne pas faire,
Et tous ces gens au milieu, comme une courbe de Gauss qui peuvent être (...) plus ou moins sensibles, où tu as toujours (...)des points sur l'intention de changement, ce sont des points sur lesquels on peut lutter c'est souvent :des facteurs environnementaux(...)le temps, le lieu , les finances et plein d'autre choses...et puis d'autre facteurs qui ne sont pas environnementaux mais(...)qui vont toucher la motivation intrinsèque... »

La majorité des participants part du principe qu'imposer le changement au patient n'est pas une bonne solution. Les participants interrogés perçoivent que le changement doit venir du patient et non du soignant,

K15 : « si l'on veut avoir l'adhésion du patient il ne faut pas le prendre « frontalement » ce n'est pas possible... (...)je peux pas me contenter de dire « non mais la cigarette ça va vous tuer » (...) il a pas besoin de moi pour le savoir (...) il y a un moment donné où il faudra passer par autre chose et par un autre discours...
P1 : « On ne pourra pas lui imposer une manière de faire, une manière d'agir, un changement d'habitude, sans qu'il le veuille lui-même »
I 6 : « c'est vraiment quelque chose que j'expérimente dans ma vie personnelle, du moment que tu donnes des conseils trop directives cela ne marche pas du tout et ça fait l'effet inverse... »

K10 : « c'est vrai que du coup si ils pouvaient prendre conscience (...) que la solution, si ça venait un peu d'eux...et de dire : « (...) si je faisais mes exercices ça irait mieux... »(...) si ça vient d'eux ce serait plus efficace... »

K8 (à propos des ordonnances de rééducation): « beaucoup de patients viennent, le médecin a fait l'ordonnance, parfois c'est aussi des conjoints qui ont dit : « il faut que tu fasses de la kiné c'est important ! ça, ça marche jamais !, (...) mais eux ils ne comprennent pas l'intérêt, des fois je leur dis: « vous avez envie de quoi ? bon soyons clair, si vous n'avez pas compris l'intérêt, mieux vaut arrêter. » »

Mais un participant pense qu'il faut guider le patient s'il ignore un comportement délétère pour sa santé,

P1 : « ce n'est pas toujours évident, (...) il y a des patients qui font mal et qui savent qu'ils font mal et il y en a d'autres qui ne savent pas qu'ils font mal donc là je pense qu'il faudra quand même un minimum aiguiller les choses. Ou il va falloir proposer différentes solutions à ce moment-là le patient choisit et il a donc l'impression d'avoir décidé son truc, mais dans ce cadre-là on ne sait pas trop quoi faire finalement.

Pour la plupart des participants, un patient qui n'est pas prêt à changer est une situation inconfortable pour les professionnels de santé.

Certains adoptent une attitude plutôt résignée,

P1 : « mais finalement c'est son choix de vie, elle a décidé. Elle préfère mourir dans d'atroces souffrances finalement. Que d'arrêter de fumer, de faire l'effort, de changer ses habitudes. On est face à un mur... »

D'autres, ressentent de la colère lorsque les patients poursuivent leur comportement à risque,

P1 : « Parce qu'effectivement c'est compliqué parfois, ils(les patients) ont des idées bien arrêtées.(...) Tous les jours dans la perte de poids il y a des femmes qui me disent : « je veux perdre du poids mais je ne veux pas changer mes habitudes alimentaires », « écoutez je veux bien vous vendre toute la pharmacie, (...) mais dès que vous allez arrêter ça sera exactement le même problème et vous allez dépenser de l'argent pour rien ! » c'est vrai, c'est rageant... »

K13 : « Oui j'aurais tendance à dire le tabac...j'étais assez énervé (...) de voir qu'il y a avait des gens qui mangeaient bien et qui fumaient (rires) et on en a pas mal dans le

quartier...ça me gonflait un peu, j'avais tendance à aller vite la dessus en disant : « vous pouvez manger tout le bio que vous voulez on s'en fout ! (Rires) »

Un participant pointe le fait que l'objet du changement peut modifier le ressenti du soignant,

K13 : « Le poids (...) j'aime bien en discuter parce que j'ai fait une formation en micro nutrition je suis assez impliqué là-dedans (...) généralement j'arrive à avoir un discours plutôt « doux et accompagnant » en disant qu'il faut trouver ce qui lui va à lui, qu'il n'y a pas un régime pour tout le monde... »

Les soignants déclarent déployer beaucoup d'énergie pour essayer de faire changer leurs patients, certains peuvent s'épuiser,

I 4 (essayant d'aider une patiente à changer) : « j'étais tellement dans mon côté « motivation » pour la booster, en fait je pense que ça a eu l'effet contraire (...) j'ai vraiment été totalement négatif, elle n'a rien dit. Elle m'a écouté. Mais je n'ai pas l'impression que le message soit passé et malheureusement, à l'inverse, j'ai peut-être dû lui faire peur en fait... (rires),

I 6 : « s'occuper des gens qui résistent et qui ne veulent pas (...) ce qui est difficile, c'est que c'est fatigant d'essayer tous les jours de convaincre les gens... »

I 6 : « on se heurte beaucoup à la dépression du sujet âgé...qui ne veut pas du tout bouger (...) pas du tout changer...donc c'est assez déprimant (...) d'être tout le temps confronté à des gens qui ne veulent pas prendre soin de leur santé...c'est ça qui est compliqué...d'essayer de leur démontrer que ce serait mieux si (...) (ils changeaient) »

Un médecin pense que sa perception de la problématique du changement a évolué au fil du temps,

M11 : « moi je me rappelle mon premier stage en gastro quand j'étais interne ils venaient évidemment pour sevrage (les patients) ...moi j'étais « Don Quichotte » : (ton autoritaire) « c'est hyper important il ne faut plus boire ! » oh là ! maintenant le discours n'est pas le même ! et en même temps on a les mêmes résultats voire meilleurs. Mais on ne sait pas faire...c'est dommage.

Les professionnels de santé se souciant de la santé de leurs patients ont du mal à ne pas forcer le changement,

P1 : « une patiente qui a de gros problèmes de santé pulmonaire et qui ne veut pas arrêter de fumer parce qu'elle trouve : « qu'il n'y a pas d'intérêt » (...) c'est son plaisir (...) Pour moi ce sont des situations qui sont très difficiles à gérer parce que , lui dire « de toute façon c'est votre durée de vie que vous êtes en train de réduire » quelque part... je me sentais obligé de lui dire quelque part pour essayer qu'il y ait un petit électro choc mais ça n'a aucun impact... »

M9 : « (...) j'ai aussi tendance à faire « comme tout le monde » à dire aux gens : « bon si vous continuez à fumer vos artères sont comme ça etc... » j'ai tendance aussi... (à essayer de forcer le changement) (...) »

Changer sa « façon d'être » est difficile pour les soignants.

P3 : « c'est ce qu'on nous, on a appris à faire à la fac... (la posture à adopter), avoir une démarche différente, se changer soi-même, c'est ça qui est le plus compliqué... »

I6 à propos de prise de traitement par sa patiente : « Je n'allais pas être capable de la laisser avoir son avis (...) je me suis dit je vais attendre un peu... puis on va y revenir. Mais c'est difficile car moi ma nature ce serait plutôt de dire : « bon allez, vous verrez, ça va être beaucoup plus pratique etc. »

En résumé, nous avons vu que les professionnels de santé, après l'avoir expérimenté, perçoivent que forcer un patient à changer n'est pas efficace. La meilleure solution, selon eux, serait que le patient prenne lui-même la décision de changer. Certains ont une opinion précise sur la dynamique du changement. Un médecin pense qu'il existe trois types de profil de patient face au changement : ceux qui veulent changer et qui n'ont pas besoin d'aide des soignants, ceux qui ne veulent pas changer et qui ne feront jamais rien pour engager un changement et ceux entre ces deux extrêmes.

Les participants à étude déclarent qu'il est difficile pour eux d'observer un patient figé dans une position délétère pour sa santé. Cette situation peut provoquer une incompréhension et même de la colère. Souvent, ils s'épuisent à vouloir aider les patients à changer contre leur volonté. Un participant pense qu'il faut savoir informer un patient s'il ne se rend pas compte que ses choix peuvent provoquer des conséquences sur sa santé. Certains sont conscients que

leur approche pour provoquer le changement n'est pas la bonne mais se changer soi-même est difficile.

3.7 Opinions et perceptions des professionnels de santé sur l'EM

3.7.1 Perception des participants après la découverte de l'EM

Nous exposerons dans cette partie les perceptions immédiates et générales des participants lors de la découverte de l'EM. Nous exposerons dans la prochaine partie ce que les participants ont particulièrement apprécié dans l'approche motivationnelle.

Pour beaucoup de participants de notre étude, l'EM est perçue comme une approche innovante,

***P1** : « Je trouvais ça intéressant...je me suis dit : « tiens effectivement c'est une approche inconnue (...) ce n'est pas très utilisé... » (...) c'est tellement différent de ce que l'on a l'habitude de faire ! »*

***P5** « (...) c'est intéressant de voir une autre façon de faire... »*

***K8** : « Ce que tu proposes (...) pour certains ça va être une révolution, culturelle (rires) franchement c'est super !*

Selon les participants, l'EM ne ressemble pas à l'approche acquise au fil de leur carrière professionnelle, que ce soit en formation initiale ou en formation secondaire,

***M7** : « je trouve que c'est pas du tout la façon dont on nous apprend à pratiquer la médecine...ça arrive tardivement... »*

***P2** « On ne me l'a pas appris pendant mes études... en effet l'entretien motivationnel, il y a 12 ans, on n'en parlait pas... »*

***M11** : « C'est passionnant, c'est quelque chose que l'on ne nous apprend pas et que l'on apprend lorsque l'on fait des formations non médicales... »*

Seul un participant pense qu'il n'y a rien de nouveau dans l'EM, qui serait pour lui une somme de notions qu'il maîtrise déjà,

M17 : « il n'y a rien de nouveau dans le sens où la plupart des notions on les connaît quoi...
(...) Oui, c'est une façon de structurer quelque chose que l'on fait avec tact et expérience
lorsqu'on est un bon médecin à mon avis... »

La découverte de l'EM a permis une remise en question des pratiques des participants,

P2 : « cela m'a permis de me remettre en question et d'améliorer mes pratiques au
quotidien »

P3 : « on s'en aperçoit assez facilement, dès qu'on a fait une formation de ce type-là, si au
comptoir, on fait le contraire, on se mord la lèvre aussitôt...on se dit tout de suite : « ce n'est
pas ça qu'il fallait que je fasse » au fur et à mesure ça rentre et on met en application »

P5 (à propos de l'EM) : « Oui je pense...ça fait réfléchir... »

Un médecin explique sa tendance à vouloir maîtriser la consultation,

M7 : « ça m'a marqué car c'est vraiment un apprentissage quoi... ce n'est pas naturel. (...) il faut justement que j'arrête d'essayer de trouver des solutions, il faut que je sois à l'écoute,
et que je vois comment lui, voit les choses, et voir comment il peut changer »

Même pour un médecin sensibilisé à l'autonomisation des patients et ayant des notions d'EM sans avoir été formé, la formation l'a amené à s'interrogé sur ses pratiques,

M9 : « J'avais déjà des idées sur l'entretien motivationnel, je n'ai pas découvert les choses
(...) mais c'était bien de pouvoir théoriser ma pratique(...) je sais que ma pratique n'est pas
irréprochable et je sais que j'ai aussi tendance à faire comme tout le monde à dire aux gens
« bon, si vous continuez à fumer vos artères sont comme ça etc... » J'ai cette tendance
aussi...donc cette formation, elle vient à point pour me remettre dans le chemin plus
pédagogique... »

Un infirmier déclare que la découverte de l'EM va lui apporter des outils, il s'est lui aussi remis en question,

I4 « c'est bien car ça m'a fait me poser des questions sur ma prise en charge actuelle de
certains patients (...) j'aurais peut-être dû me ménager attendre un petit peu et refaire le
point. Et attendre que la personne assimile ce que l'on dit...et pouvoir après résumer ce qui
a été dit en fait »(...) Moi ça m'a permis de me restructurer (...) Et c'est vrai que le
lendemain (de la formation), j'ai fait ma tournée, j'y ai pensé et je me suis dit : « tiens, ma

façon de parler est importante » car la personne en face ne va pas forcément comprendre(...)ça apporte beaucoup d'outils »

De la même façon, une infirmière critique sa posture qui lui paraît trop directive,

I6 « Cela m'a beaucoup remise en question...parce que je vois bien qu'il y a plein de choses que l'on ne fait pas bien (...) on est un peu toutes pareilles... » (...) ça m'a beaucoup intéressé de me dire : « bon, alors voilà comment être plus positive comment être moins directive »(...) »

De même, un kinésithérapeute a envie de changer son discours auprès des patients après la découverte de l'EM,

K15 (kinésithérapeute travaillant en EHPAD après avoir fait 20ans de libéral) : « C'était intéressant parce que je me suis repositionné par rapport à mon activité, (...) ce que j'en ai tiré du E-learning c'est qu'il faut que ça vienne du patient...donc quelque part cela m'a remis en cause sur la façon de procéder... (...) ça va changer ma façon de passer le message au patient...je vais être beaucoup moins directif »

De nombreux participants opposent l'EM à une approche paternaliste de la relation soignant/soigné. L'EM, d'après les professionnels de santé pourrait participer à faire disparaître cette approche,

P2 : « Avant on ordonnait aux gens de faire les choses et il fallait qu'ils les fassent et qu'ils écoutent ce qu'on leur disait »

P3 : «la méthode ancestrale que l'on nous a apprise à la fac, de sortir notre science et de dire au patient : « ce que tu fais ce n'est pas bien ! » c'est complètement contre-productif »

I 14 : « Cela met fin à cette idée du médecin de famille « tout puissant » qui va tout d'un coup éclairer le patient et la famille du patient, qui va dire : « il faut faire ça et pas autre chose ! » (...) un peu la fin du mandarin »

M17 « (...) cela a du sens pour le médecin paternaliste à l'ancienne pour faire évoluer les choses »

3.7.2 Ce que les participants apprécient dans l'approche motivationnelle

La majorité des participants ont perçu L'EM comme une approche soutenant l'autonomisation des patients.

Selon un kinésithérapeute c'est même sa fonction principale,

K8 : « le seul truc qui me vient en tête c'est : « rendre le patient acteur de sa santé » pour le résumé c'est ça (l'entretien motivationnel), comment rendre le patient acteur de sa santé, pour qu'il soit lui-même moteur dans la prise en charge (...) qui ne soit pas « juste là pour écouter », (...) et qu'il dise : « je comprends pourquoi c'est important pour moi de le faire » (...) mais ça vient de lui ça ne vient pas du thérapeute »

Un médecin décrit l'EM comme une approche centrée sur le patient,

M12 : « je pense qu'en terme d'approche « centré patient » il n'y a pas plus puissant que cette approche-là »

En d'autres termes, les participants décrivent l'EM comme une approche permettant de rendre le patient acteur de sa santé,

P5 : « je vois une psychologue depuis 3 ans. Je pense que ma psychologue suit un peu le principe de l'entretien motivationnel (rires). Du coup, je le vois du côté patient (...) elle ne va jamais me donner son avis, elle va plus me poser des questions, me faire parler etc. Je trouve que du côté « patient », ça donne plus l'impression qu'on peut faire des choses, qu'on est capable. Pour le vivre de l'autre côté je trouve ça vachement bien »

K8 : « enfin voilà cette formation je la trouve intéressante, voilà rendre le patient acteur (...) l'adhésion du patient au projet pour moi est vital (...) le fait de verbaliser... quand le patient prend conscience de certaines choses (...) je pense que c'est vraiment la clef du succès au niveau des soins »

M11 : « nous, on est formé comme ça... je dois le guider, lui donner ma position... alors que c'est le contraire (...) c'est beaucoup plus formateur, cela le rend plus autonome et après ça fait des gens qui sont plus conscients de leur responsabilité et de ce qu'ils doivent faire pour leur santé »

K8 « cette formation m'a beaucoup parlé dans le projet (...) de motiver le patient (...) le rendre acteur de ses soins, plutôt que juste un simple élève « apprenant » de lui

dire : « vous faites si, vous faites ça » sans savoir pourquoi comment(...)ça colle bien avec la loi de 2002 où le médecin a le devoir d'informer le patient »

De plus, L'EM est perçu comme une approche qui renforce le partenariat avec le patient.

Selon un médecin, l'EM inviterait le professionnel de santé à prendre du temps avec le patient,

***M11** : « Ce qui me plaît c'est que l'entretien motivationnel : on se pose avec le patient mais...une demi-heure la consultation...et on prend notre temps (...) c'est un moment d'échange, tout autant intéressant, instructif et valorisant pour le patient mais aussi pour nous parce que ça nous apprend à l'écouter, le respecter et développer une relation de confiance (...) »*

permettant l'installation d'une relation de confiance en favorisant un dialogue ouvert,

***M11** : « ça ne peut qu'apporter un outil et je trouve que cela crée une bonne relation avec le patient qui va revenir et qui va prendre confiance qui va nous raconter tout (rires)(...)il faut vraiment faire déculpabiliser le patient, en mettant à l'aise le patient c'est plus facile de parler »*

Selon un kinésithérapeute, L'EM est perçu comme une approche qui l'aiderait à comprendre les objectifs de ses patients,

***K10** (à propos d'un patient) : «mais en même temps il faisait tout le contraire de ce que je préconisais(...) je me disais ce serait intéressant de poser les bonnes questions savoir exactement où la personne veut aller...parfois je m'imagine quel est son objectif alors que c'est pas du tout ça(...) j'ai l'impression de ne pas poser assez de questions quand je vois que je me trompe (...)alors qu'en fait, il faudrait poser un peu plus de questions comme l'entretien l'indique pour pouvoir savoir vraiment ce que le patient connaît et de quoi il a envie... »*

Une minorité de participants pense que L'EM serait une approche reposante pour les professionnels de santé,

***M7** : « je passais un peu mon temps (...) à chercher la solution alors (...) que dans l'entretien motivationnel c'est carrément la démarche inverse...on pose énormément de*

questions pour que le patient trouve la solution par lui-même(...) c'était vraiment intéressant et peut être plus reposant... »

I6 « *là (dans l'entretien motivationnel), on n'est pas forcément dans la situation où on est obligé de la convaincre »*

Les participants ont aussi apprécié le fait que L'EM utilisait des outils communicationnels qu'ils ont en eux.

En effet, certaines notions utilisées dans l'EM sont utilisées par les participants,

P2 : « *les questions ouvertes c'est ce que l'on fait au quotidien »*

I4 : « *ce que vous proposez dans le E-learning ce sont des notions que l'on connaît, mais il faut arriver à les assembler de façon correcte (...) c'est à nous d'utiliser notre propre expérience et nos outils (...) que l'on a gagnés au fil des années pour pouvoir faire passer le message »*

K13 : « *Je suis plutôt dans cette démarche là... à prendre le temps, à laisser le patient parler et à l'écouter »*

Une pharmacienne a été rassurée de découvrir que l'EM se rapprochait de l'approche qu'elle mettait en place au quotidien,

P2 : « *Je me disais que finalement, par rapport à ma méthode du quotidien je n'étais pas loin de ce que vous proposiez dans la formation, mais c'est avec des soucis plus pratiques, (...) Ce qui m'a plu (...) c'est que vous mettez un mot sur ce que je pratiquais déjà. (...) Cela m'a fait du bien de me rendre compte que ma méthode, qui n'était pas aussi approfondie que la méthode que vous proposez dans l'entretien motivationnel, et bien je n'étais pas dans le faux »*

Après avoir réalisé la formation et découvert l'approche motivationnelle, plusieurs participants ont eu envie de partager l'EM.

Les PS espèrent que l'EM devrait être diffusé au plus grand nombre,

P2 « *j'espère que vous pourrez transmettre ce message à de nombreux professionnels de santé parce que l'on est vraiment dans l'humain...c'est le meilleur moyen pour que les gens prennent soin d'eux »*

P1 : « moi j'étais contente de participer à cette formation, c'est une ouverture sur autre chose et je pense que ça pourrait effectivement être utile à plein de professionnels de santé, dans d'autres domaines »

Certains avaient l'intime conviction que cette approche devrait être connue de tous,

M7 : « en voyant ça il me semble que c'est une formation...vraiment importante presque indispensable... (...) Oui, ça m'a donné envie... »

P16 : « l'entretien motivationnel c'est bien...on est obligé de former sur ça... »

K8 « Franchement, si tous les médecins faisaient comme tu fais (pratiquer l'EM) (...) j'imagine que tu le mets en place dans ta pratique ? »

I14 (interrogé sur ce qu'il pense de l'EM) : « Essentiel...essentiel...c'est assez étonnant parce que l'entretien motivationnel...on a commencé à l'aborder cette année dans le DU de diabétologie... »

Un kinésithérapeute a même abordé le sujet de l'EM avec des aides-soignantes qu'il forme dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées sur son lieu d'exercice,

K15 : « je forme des auxiliaires de vie des aides-soignants aux différents gestes et postures, j'ai un peu discuté (...) j'avais déjà commencé à faire une partie de l'E-learning, j'ai discuté un peu avec elles, et j'ai essayé de voir comment elles fonctionnaient avec les gens à domicile et j'ai essayé de leur expliquer que ce serait bien d'essayer d'avoir la participation active des patients...enfin j'ai essayé de changer mon discours...pour qu'elles comprennent qu'on ne peut pas faire sans le patient... »

De la même façon il nous a fait part qu'il avait, dans le passé, fait des recherches sur l'EM pour sensibiliser des éducateurs sportifs,

M12 « les éducateurs sportifs n'étaient pas forcément formés, ils trouvaient ça assez compliqué. Donc j'avais commencé à les former avec tout ce que j'avais pu trouver comme information sur internet ou dans la littérature pour essayer d'avoir des points « méthodo » pour les sensibiliser à ce genre de questions...en leur faisant un jeu de rôle en leur faisant une partie théorique »

Un pharmacien pense que l'EM devrait être enseigné en formation initiale à la faculté et un médecin jeune diplômé regrette de ne pas avoir été formé pendant sa formation initiale,

P1 : « ça peut être intéressant d'accentuer dans ce sens, et de former dès le départ en ce sens par contre, effectivement il faudrait qu'on soit formé dès la fac »

M7 (jeune médecin) : « Et puis je trouve que c'est pas du tout la façon dont on nous apprend à pratiquer la médecine...ça arrive tardivement »

Un médecin enseignant de médecine générale pense que l'EM par l'intermédiaire de cet outil devrait être diffusé auprès des étudiants,

M12 : « Enfin moi, si je le diffuse à la fac les étudiants ils vont devenir fous » « ça leur parle de plus en plus c'est de plus en plus dans l'air du temps et dans la culture d'avoir cette approche centrée patient donc ils en entendent parler de plus en plus, et ça je trouve que c'est typiquement des outils et des cours qui leur plairaient et agir au niveau de l'interne tu as tout gagné »

Rejoint par un kinésithérapeute qui pense que l'EM a toute sa place en formation initiale des kinésithérapeutes,

K15 : « Au moins que les confrères et les consœurs comprennent les bases et justement qu'ils essayent (...) que ce soit le patient qui prenne la décision de sa rééducation ou d'autre chose plutôt que ce soit nous qui allions imposer notre savoir...je pense que s'ils ont compris ça dans leurs études ils auront déjà compris beaucoup de chose pour le reste de leur carrière »

3.7.3 Obstacles à la mise en place de l'EM évoqués par les participants

L'EM a été perçu par la majorité des participants comme une approche qui semble difficile à maîtriser,

En effet un participant décrit L'EM comme une approche non intuitive,

M7 : « Ma première impression est que j'ai trouvé ça pas du tout naturel et intuitif.

Rejoint par un pharmacien pensant que se former à l'EM demande une motivation importante,

P16 : « l'obstacle je pense c'est ...déjà notre motivation à nous... si on est bien formé et si l'on se sent bien à l'aise(...) Moi, je pense que je n'ai pas de souci de ce côté-là mais mes

collègues...oui, j'ai une adjointe (...) je vois qu'elle est motivée mais les adjointes que j'ai vues avant...n'étaient pas justement... ni formées, ni motivées je pense que c'est avant tout une question de motivation...de notre côté... »

Du point de vue de deux participants, l'apprentissage de l'EM exigerait un changement radical de pratique. Ainsi, certains médecins, ancrés dans leurs habitudes, auront du mal à changer de posture,

M17 : *« je pense qu'un médecin avec un peu d'expérience ne va pas apprendre grand-chose quoi...S'il est dans cette attitude dominatrice (...) il ne changera pas...c'est un vieux « (injure) »ça ne va pas faire infléchir son truc... (sa posture) »*

M12 (à propos de l'apprentissage de l'EM) *« Je suis assez d'accord...en fait le passage pratique est nécessaire (...) pouvoir mettre en pratique pour comprendre ce que je change vraiment (...) tu demandes de faire un changement de vie un peu global, a quelqu'un qui a toujours vécu d'une autre façon »*

Un obstacle perçu par un des participants est l'organisation d'une supervision,

M12 : *« si tu t'engages à faire ce changement-là (...) tu es plus ou moins actif dans ton apprentissage mais entreprendre ce genre de changement cela nécessite que tu sois vu et quelque part jugé là-dessus (...) pour provoquer le changement...sinon tu peux comprendre, mais jamais pouvoir mettre en pratique...parce que tu as cru que tu y arrivais »*

De façon générale la majorité des participants perçoit l'EM comme une approche qui demande beaucoup de travail,

M7 : *« je pense que ça demande un vrai effort pour le médecin (...) beaucoup de concentration, ce n'est pas naturel finalement (...) je ne sais pas si j'y arriverais au bout du dixième patient...(...) il faut être bien formé à mon avis... »*

P1 *« Cela nécessite quand même de s'entraîner... Ce n'est pas du tout dans nos habitudes, surtout en France, dans certains pays ça le devient... »*

I4 : *« c'est vrai c'est la partie théorique, mais après l'assimiler, le rendre accessible à la personne que l'on va soigner ça c'est encore autre chose(...)On peut avoir peur de ce qui a été proposé au niveau du e-learning, c'est difficile(...), aussi bien pour l'infirmière que pour le médecin, ça reste très fluide ils savent où ils vont, ils n'ont aucune hésitation. Nous à notre niveau, pour avoir cette fluidité-là, il faut le travailler il n'y a pas de secret... (...) L'entretien il faudrait le reproduire sur plusieurs semaines, voire sur plusieurs mois, pour*

que certaines personnes arrivent à assimiler certaines notions, c'est un travail de longue haleine mais qui est possible »

I6 « *ça m'a bien intéressé mais après cela me semble hyper dur à mettre en pratique. Je reste un peu sceptique par rapport à ça, cela doit demander beaucoup de travail avant de réussir à faire des entretiens motivationnels comme ça...j'ai l'impression. »*

Comme obstacle à la pratique de l'EM, les participants ont évoqué la question du temps.

L'EM est parfois perçu comme une approche qui demande plus de temps en consultation,

P1 : « *En fait cela demandera beaucoup de temps, par exemple en consultation médicale, en consultation infirmière, malheureusement ce n'est pas trop « dans l'air du temps » d'avoir du temps pour se consacrer au patient... »*

La majorité des patients pensent que l'EM prend du temps mais ils pensent aussi que le temps passé n'est pas vain, il permet, d'après eux, d'en faire gagner par la suite,

K8 : « Même si parfois on peut en perdre du temps pour mieux en gagner après. (...) parfois tu n'as pas forcément le temps de mettre tout ça en place... (...) moi je suis tout le temps en retard pour être clair ! (Rires) donc ça ne me gêne pas de rajouter un peu plus de temps parce que je pense qu'à la fin le patient il est gagnant, (...) il est content que tu prennes le temps avec lui de l'écouter, de discuter, de le rassurer, de le mettre en confiance »

M7 (à propos des obstacles de l'EM) : « peut être le temps...les exemples que vous donniez globalement c'était assez court alors bon... peut être qu'à force de le faire on va pouvoir gérer le temps. (...) Au début ça met un petit peu de temps à se mettre en place on peut peut-être se faire déborder par le temps (...) mais finalement c'est peut-être un gain de temps...on le prendra une première fois mais si c'est pour derrière avoir une meilleure observance (...) c'est un peu un investissement de départ...je pense que le temps c'est un peu une fausse excuse...

M12 : « Alors moi je te parle en tant que salarié et en plus de programme de santé publique où j'ai du temps dédié pour ça, faire de l'entretien motivationnel (...)déjà dans les autres centres de santé c'est pas possible et que en libéral cela veut dire que tu gagnes moins et il faut pouvoir s'aménager du temps (...) mais je pense que les contraintes qu'on oppose souvent ça doit être ça : « on n'a pas le temps », on n'a pas le temps de placer ça(...)pour moi c'est un investissement à long terme...alors effectivement ça fait gagner un peu moins mais on donne plus de temps pour quelque chose qui va cibler plus le mode de vie de la personne... »

L'EM peut s'appliquer avec une bonne organisation,

I14 « Oui c'est vrai que c'est chronophage mais ça s'organise(...) ce n'est pas parce qu'on dit à un patient : « désolé mais pas ce soir... » Oui on a le droit... »

M12 : « Alors moi je te parle en tant que salarié et en plus de programme de santé publique où j'ai du temps dédié pour ça, à savoir faire de l'entretien motivationnel (...) je demande de prendre minimum une demie heure avec mes patients c'est-à-dire que c'est moi qui cale le rendez-vous (...) ça je sais que ce n'est pas possible partout »

Les participants ont soulevé une autre problématique inhérente à la pratique de l'EM, c'est la concentration permanente qu'exige cette approche en consultation avec le patient.

En effet, pratiquer l'EM semble demander une participation active du soignant,

I14 : « une des notions clef c'est que le patient sente que vous êtes à l'écoute...que vous êtes centré sur lui, tourné sur lui, réceptif à ce qu'il dit...de manière active aussi... (...) on donne un peu de sa personne dans le sens où il faut reformuler, il y a une réflexion derrière, une réflexion de logique et de linguistique (...) »

Certains participants soulignent, qu'au cours d'une journée, la concentration peut faire défaut, on peut ne pas être disposé à réaliser l'EM,

K8 : « Après il y a peut-être (...) des moments où on est un peu plus pressé, on a moins de temps (...) d'écouter le patient, de s'appuyer sur ce qu'il dit... c'est peut-être un peu plus compliqué (...) à certain moment(...)ça peut être un frein... (...) à la mise en place d'un bon entretien motivationnel, c'est mon point de vue en tout cas... »

I14 : « ça serait le pire, si le soigné sentait que le soignant n'est absolument pas présent, (...) si du coup je suis claqué, j'ai vu 25 patients dans la journée...et qu'il me dit : « voilà, il faut qu'on discute... » il y a un moment (...) je suis aussi un être humain, je préfère carrément dire au patient : « juste pas ce soir, on s'organise un temps de discute, il n'y a pas de souci, mais pas ce soir ». Le pire, ce serait (...) que je regarde mes textos en même temps »

3.7.4 Domaines d'application de l'EM selon les professionnels de santé

Nous exposerons ici la vision des différents domaines d'application de l'EM selon les participants. Sachant que les participants étaient novices avant la formation et que la formation en e-learning à l'EM exposait seulement certaines situations (mésusage d'alcool, surpoids et adhésion thérapeutique)

Selon les participants, un point fort de l'EM est qu'il peut s'appliquer dans de nombreux domaines.

P5 (interrogé sur les points forts de l'EM) : « *Ce qui était intéressant, c'est qu'on peut l'utiliser pour plein de choses...c'est le fait que ce soit très large... ce n'est pas spécifique au pharmacien »*

I4 : « (...) ce qui est bien, c'est que c'est adaptable à chaque situation, à toutes pathologies et pas forcément à celles présentent dans la formation (E-learning proposé), ça peut être étendu... »

K8 : « *Alors moi (rires) j'ai envie de l'utiliser dans tous les cas »*

I14 : « *je pense que c'est réellement adaptable pour plein de choses »*

Les participants évoquent l'utilisation de l'EM plus précisément dans :

- La prise en charge nutritionnelle

P1 : « *Notamment dans les habitudes alimentaires. (...) pas forcément la perte de poids mais tout ce qui est problème de surcharge métabolique diabète etc. Il y a plein de gens qui se soignent avec des médicaments parce qu'ils ne veulent pas changer leurs habitudes alimentaires qui sont très mauvaises »*

- Les addictions

M7 : « (...) les addictions, avec des patients avec lesquels je négociais (...) il faut justement que j'arrête d'essayer de trouver des solutions, que je sois à l'écoute, que je vois comment lui il voit les choses et comment il peut changer »

P5 : « *je me disais on peut l'utiliser surtout pour le tabac »*

– L'adhésion thérapeutique

M7 : « notamment tout ce qui est observance médicamenteuse, j'ai trouvé ça très intéressant et je n'y aurais pas pensé spontanément... »

I 14 : « L'EM pour autonomiser les patients dans la prise en charge de pathologie dermato chronique.

J'ai des patients qui ont des ulcères à répétition : on peut aussi faire de l'entretien motivationnel leur apprendre (...) à surveiller les premiers signes pour qu'ils évitent de consulter avec des ulcères qui font déjà 15cm de long...oui on voit des trucs c'est assez étonnant... »

– La vaccination

P3 (à propos des domaines d'application de l'EM) : « On n'a quand même de plus en plus de personnes qui sont réfractaires aux vaccinations. Donc de les faire parler, de rebondir sur leurs objections c'est beaucoup plus productif que de dire : « vous avez tort. » »

– Les troubles du sommeil

P5 : « ça peut aussi être utile pour le sommeil de dire aux gens : « qu'est-ce que vous pourriez changer dans vos habitudes le soir ». Ça peut être utile d'au moins les faire réfléchir dessus... »

– Sédentarité/obésité

K15 (à propos des domaines d'application de l'EM) : « j'avais plus d'impact à ce niveau-là pour l'appliquer je dirais (...) avec des gens en capacité d'obésité ou sur des problématiques de reprise de sport...et plein de choses... »

– La perte d'autonomie en EHPAD

K15 « alors j'ai essayé de voir ce que je pouvais en tirer (...)souvent, en EHPAD, ils ont de moins en moins envie de bouger (...)donc (...)l'équilibre devient plus précaire...(...)ils ne marchent plus... je suis dans une problématique où il faut les remettre en activité pour les réhabiliter donc c'est là où j'ai le plus d'impact...(...) enfin je pourrais commencer à discuter : « oui, projetez-vous quand vous étiez actif...qu'est-ce que cela pourrait vous

apporter comme bien fait ?vous pensez que c'est intéressant ? D'être actif donc de pouvoir faire des choses ? » de pouvoir discuter de ça avec eux »

De façon plus synthétique un participant pense que l'EM s'applique pour les maladies chroniques en général,

I14 : « je pense que ce n'est pas que pour le diabète, je pense que c'est pour toute pathologie je dirais plutôt chronique... (...) sur des choses qui doivent perdurer dans le temps...pas forcément sur une pathologie chronique mais là où les effets bénéfiques peuvent perdurer dans le temps »

Un kiné se voit utiliser l'EM pour favoriser l'adhésion thérapeutique dans la prise en charge des troubles musculo squelettiques de ses patients :

K8 (à propos des domaines d'application de l'EM): « On a essentiellement de la rhumato de la traumato, de la neuro oui c'est les gros tableaux cliniques qu'on peut avoir. Oui, c'est vraiment hyper important hyper intéressant ! Il y a beaucoup de patients qui viennent, c'est le médecin qui a fait l'ordonnance, parfois c'est aussi des conjoints qui ont dit : « il faut que tu fasses de la kiné c'est important »(...) mais eux ils ne comprennent pas l'intérêt(...) C'est vrai que tout cet entretien (motivationnel) tout ce temps-là il est important à mettre en place dans plein de domaines, au-delà de l'addictologie pour moi »

Les participants ont soulevé ensuite la question des patients ciblés par l'EM. L'EM pourrait selon eux ne pas être applicable à certains de leurs patients, ce qui est perçu comme un obstacle.

Certains infirmiers expliquent qu'ils sont souvent confrontés à des patients ayant des troubles cognitifs, la décision ne peut donc pas venir d'eux. Pour eux, l'EM ne peut s'appliquer avec ce type de patient.

I14 : « un patient Alzheimer ne va pas faire de l'EM...à mon avis on s'attaque à du lourd...»

I16 : « Mais quand tu as des gens qui commencent à perdre la mémoire, parce qu'ils sont âgés...parce qu'ils sont malades ou parce que tout ça...tu vois cela ne peut pas venir d'eux »

Ici, une infirmière s'interroge sur l'application de l'EM chez la personne âgée. Elle n'est pas convaincue de son efficacité pour des patients âgés avec des habitudes de vie ancrées depuis des années,

I6 : « mais pour toute cette génération de personnes âgées qui a passé toute sa vie à fumer, manger n'importe quoi, manger beaucoup de sucre beaucoup de produits industriels tu ne refais pas une éducation comme ça...(…) et on se heurte beaucoup à la dépression du sujet âgé, qui ne veut pas du tout bouger qui ne veut pas du tout changer... »

Un collègue infirmier n'est pas d'accord et pense que l'EM peut s'appliquer avec les patients âgés,

I14 : « non je pense que chez des patients de 90 ans...on n'atteindra peut-être pas tous les objectifs, mais je pense que l'EM peut modifier un minimum ou un certain nombre de choses... »

3.7.5 Appliquer l'EM des spécificités pour chaque profession ?

Nous avons posé la question aux médecins, kinésithérapeutes, infirmiers et pharmaciens s'ils percevaient des particularités à l'application de l'EM pour leur profession.

-Pratique de l'EM en pharmacie d'officine :

La pratique de l'EM en pharmacie a tout de suite été extrapolée à la question de l'entretien individualisé en officine qui peut permettre l'application de l'EM.

Un pharmacien explique que l'entretien individualisé a tendance à se développer,

P1 « De toute façon, c'est la mode de l'entretien et du rendez-vous pharmaceutique, aujourd'hui je pense qu'il faut se mettre un peu à la page et se dire, on va prendre notre patient, on va aller dans un petit endroit isolé et on va faire notre travail autrement »

La réalisation des entretiens en pharmacie exige un espace adéquat dédié. Certaines pharmacies en bénéficient,

P16 « on n'a pas ce problème-là, on a un bureau qui est à part que l'on utilise déjà pour nos entretiens « asthme » et « anticoagulants », ou ce qui est « orthopédique » »

d'autres non,

P5 : « C'est compliqué...déjà, il faut avoir la place dans la pharmacie. Parce qu'il y a des pharmacies microscopiques qui n'ont pas été faites pour ça où il n'y a pas la place »

Un pharmacien souligne aussi un problème de confidentialité,

P5 : « il y a le problème de la confidentialité au comptoir par exemple ça (l'alcool) on ne va pas pouvoir en parler (...) aussi le fait qu'on ne peut pas s'asseoir...

Enfin, réaliser des entretiens demande aux pharmaciens de quitter le comptoir, il faut donc bénéficier de personnel en nombre,

P1 (à propos des entretiens individualisés) « je suis dans une officine à taille humaine, j'ai cette chance de ne pas travailler dans une officine où c'est « le travail à la chaîne » nous, on est suffisamment de personnels pour répondre à la patientèle en règle générale »

P5 : « en pratique, on a cinq à dix minutes grand maximum, ça va dépendre s'il y a du monde derrière, si j'ai des collègues qui sont occupés ou pas...s'il ne manque pas une personne de l'équipe »

Il évoque ensuite la rémunération de la CPAM notamment pour le suivi et l'éducation thérapeutique pour les AVK. De son point de vue, la charge administrative et les retards de paiement de la CPAM n'incitent pas les pharmaciens à faire des entretiens d'éducation thérapeutique,

P5 « la sécu nous rémunère alors il faut leur dire : que l'on a vu tel patient, que l'on a fait tel « truc » avec lui et tout ça...cela existait déjà pour les AVK et pour l'asthme. Après, les pharmaciens se sont lancés et la sécu a mis un an à payer pour les AVK je crois...du coup, tout le monde s'est arrêté parce que c'est bien de le faire mais si c'est gratos... »

A contrario, un autre pharmacien explique que la rémunération tardive était notée dans la convention de la CPAM

P16 « on a été rémunéré évidemment un an plus tard mais ça c'était déjà marqué dans la convention...alors déjà on signe n'importe quoi avec la sécu et après on se plaint mais bon... »

Ce même pharmacien explique qu'il est impossible de réaliser des entretiens pour tous les patients mais qu'il est possible de cibler les patients à risque,

P16 : « Alors on a réalisé des entretiens et par manque de temps on a vraiment sélectionné les patients qui avaient un risque (de mauvaise adhésion thérapeutique) ...on n'a pas fait de « systématique », ça ne sert à rien de sortir une liste de patients qui prennent de la coumadine (anticoagulant) pour « faire » (des entretiens) »

Ce pharmacien souligne un problème avec l'asthme chez les mineurs, dans cette situation les entretiens ne sont pas rémunérés,

P16 « le problème c'est qu'on a beaucoup d'adolescents avec qui on fait des entretiens pour lesquels je ne serais pas rémunéré parce qu'ils sont mineurs...Mais moi j'estime que c'était absolument nécessaire que je fasse l'entretien avec eux parce que...les ados ils font un peu tout et n'importe quoi...il faut essayer de les aider de les accompagner... »

Enfin un pharmacien pense que dans certaines pharmacies prendre du temps à parler avec les patients n'est pas recommandé,

P5 « et puis il y a des pharmacies où c'est mal vu (...) de passer trop de temps à parler aux patients... »

Un pharmacien souligne la difficulté pour eux d'introduire la notion d'entretien motivationnel chez le patient en pharmacie d'officine en dehors des entretiens AVK/Asthme/diabète déjà mis en place,

P16 « en fait le terme, pour moi, est adapté au niveau du soignant, mais je ne dirais pas ça (entretien motivationnel) à un patient parce qu'il aurait l'impression qu'il est tout mou et qu'on va le (secouer) (rires)...donc en fait...c'est plutôt un entretien de « suivi »pour que nous, on puisse les aider...mais je dirais plutôt un entretien de suivi thérapeutique...cela fait plus neutre en fait... »

-Pratique de l'EM en cabinet de médecine générale

Selon les médecins interrogés, pratiquer l'EM demande plus de temps en consultation. Or la rémunération à l'acte sous-entend un manque à gagner,

***M12** (à propos de prendre plus de temps avec les patients) : « déjà, dans les autres centres de santé ce n'est pas possible et en libéral cela veut dire que tu gagnes moins... et il faut pouvoir s'aménager du temps... après, je pense que j'aurais fait ça en libéral même si je gagnais moins d'argent »*

Un médecin pense que L'EM est moins adapté pour les médecins secteur 1 qui prennent moins de temps en consultation que les médecins secteur 2,

***M11** : « pour un secteur 1 qui fait de « l'abattage » ...comme certains de nos chers confrères...c'est impossible à faire... voilà...après faut lui dire : « attend on va parler de ça, on se revoit, ça va être un peu plus long, on se prend une demi-heure... » donc ça, c'est à proposer mais (...) moi je ne le vois pas en dix minutes... »*

Ce même médecin évoque le fait que pratiquer l'EM c'est ajouter une compétence au médecin qui doit être valorisée au niveau du montant de l'acte,

***M11** : « C'est pas normal, je veux dire cet entretien c'est de la compétence, de l'expérience c'est pas 25 euros(...) Pour valoriser la consultation il faut qu'elle soit chère (...) les patients seront valorisés et contents parce qu'ils se diront : « il est bon » (...) il faut valoriser la consultation vous valez de l'argent »*

-La pratique de l'EM en cabinet de kinésithérapie

Un kinésithérapeute pense que l'EM ne peut pas s'appliquer pour un patient en souffrance physique,

***K10** : « c'est vrai que les gens cherchent plutôt du résultat tout de suite, (...) ils cherchent à ce qu'on les soigne d'une douleur importante tout de suite... donc de cette manière-là non (mode de l'entretien face à face)...mais plutôt voilà au fur et à mesure... »*

Selon les kinésithérapeutes interrogés, la thérapie manuelle garantit un temps privilégié propice à la pratique de l'EM,

K10 : « pendant qu'on les soigne (thérapie manuelle) on va essayer de comprendre d'où vient cette douleur, quel est leur mode vie, comment on peut améliorer leur quotidien pour changer ça justement... »

K15 : « Alors le problème, c'est ça, si on se « pose » et qu'on se met en « face à face », je comprends la notion de temps après(...)en cabinet je commençais un exercice, il y a plein de moments où l'on discutait de plein de choses, (...) quand on masse quelqu'un on peut très bien avoir le temps de discuter avec lui...(...)et si on le souhaite et si le patient est réceptif on peut commencer à amener des choses. Donc je pense que le temps peut être un problème mais ce n'est pas un problème majeur »

Il est possible de pratiquer l'EM sous conditions d'accomplir ses objectifs thérapeutiques,

K15 : « Est-ce-que nous on va être libre de l'écouter ? lui ouvrir des portes dans la discussion ? le psychologue qui va recevoir son patient, il est là pour l'écouter donc lui il a l'habitude, nous on a quand même aussi des objectifs thérapeutiques »

Un kinésithérapeute exerçant en EHPAD pense que l'EM s'adapte à sa pratique,

K15 : « Ah moi j'ai trouvé ça vachement intéressant, et puis même je me suis projeté avec ces personnes âgées : comment je peux les emmener à changer, à casser des discours, parce qu'ils sont dans leurs discours : « non mais j'ai pas envie machin... » je sais qu'en fait ce n'est pas de dire : « allez cela va vous faire du bien » comme ça je ne vais pas y arriver...c'est leur dire : « oui avant vous marchiez »...enfin je sais pas... les « reprojeté » dans leur autonomie pour leur dire : « si l'on travaille un peu, on va y arriver. »

En résumé, la majorité des professionnels de santé interrogés perçoit l'EM comme une approche innovante qui devrait être diffusée au plus grand nombre. La découverte de l'EM, qui s'oppose à l'approche médicale et paramédicale paternaliste, a induit une remise en question des participants et de leurs pratiques. Ils décrivent avoir tendance à vouloir « maîtriser » le déroulé de l'entretien, en laissant peu la place au patient, limitant ainsi son autonomie. Selon les participants l'EM serait une approche reposante qui utiliserait des outils communicationnels que les PS ont déjà en eux. L'EM permettrait une autonomisation des patients de par un meilleur partenariat soignant/soigné et une meilleure compréhension des objectifs des patients. D'après les participants, maîtriser l'EM implique beaucoup d'entraînement d'après les participants, ce qui peut les effrayer. En pratique, l'EM semble nécessiter une organisation temporelle et une implication proactive du soignant.

Les participants qui se projettent peuvent appliquer l'EM dans de nombreux domaines (addiction, nutrition, adhésion thérapeutique, vaccination, troubles du sommeil, lutte contre la sédentarité/obésité, perte d'autonomie en EHPAD). Les différents professionnels de santé ont eu un regard différent sur l'application de l'EM.

L'entretien individualisé en pharmacie financé par la CPAM est très actuel. Appliquer l'EM est envisageable à condition que les locaux soient adaptés pour respecter la confidentialité d'une part et que le personnel soit en nombre pour permettre de libérer le comptoir d'autre part.

L'application de l'EM pour les kinésithérapeutes est très adaptée, la problématique de l'adhésion thérapeutique étant centrale. Ils bénéficient, en effet, d'un nombre répété de séances où peuvent se mêler, sous conditions que les objectifs thérapeutiques soient atteints, thérapies manuelles et EM.

Le profil est sensiblement le même pour les infirmiers. Ils ont une relation, eux aussi très privilégiée avec les patients, en les voyant sur des périodes très courtes mais répétées, qui laissent le temps, durant les soins de pratiquer l'EM

Pratiquer l'EM en cabinet de médecine générale soulève aussi la question du temps. L'EM est perçu comme chronophage mais ce n'est pas un obstacle majeur. Les médecins pensent que pratiquer l'EM, c'est prendre du temps initialement pour en faire gagner par la suite. Une bonne organisation faisant émerger des consultations dédiées au changement, peut, selon les participants, pallier à ce problème. Un médecin pose la question de la revalorisation de l'acte lors de la pratique de l'EM qui selon lui ajoute une compétence au médecin.

Verbatims employés pour décrire l'EM, aspects positifs : Intéressant ; diffère de nos habitudes ; formidable ; ouverture sur autre chose ; utile ; fil conducteur ; adaptable dans de nombreuses situations ; indispensable ; puissant ; approche centrée patient ; une clef ; remise en question ; efficace ; nécessaire ; super ; essentiel ; humain ; meilleur moyen pour que les gens prennent soin d'eux ; reposant ; passionnant ; valorisant pour le patient ; hyper actuel ; clef du succès du soin ; important ; une révolution

Verbatims employés pour décrire l'EM, aspects négatifs : difficile ; chronophage ; pas naturel ; pas intuitif ; effort pour le médecin

3.8 Erreurs de compréhension des participants sur la nature de l'entretien motivationnel

Nous exposerons ici les idées fausses sur l'EM que les participants ont pu percevoir après la formation en e-learning proposée. Nous interpréterons les résultats dans la partie discussion.

L'EM a été associé à d'autres approches :

- Un participant pense que l'EM ressemble à la communication non violente,

M11 : « moi je trouve que ce que vous avez fait, ça peut me parler, parce que j'ai fait de la communication non violente et c'est exactement la même chose... »

- L'EM comparé à une technique psychothérapeutique,

K10 : « cette première approche un peu psychologique je dirais de la personne c'est vrai qu'on apprend pas du tout c'est vrai(...)moi j'ai fait ma formation en Belgique et il y avait un peu plus de « psychologie » sur certaines choses...parce que notamment les kinés sont assez présents dans tout ce qui est troubles psychomoteurs, troubles psychosomatiques...donc voilà »

- L'EM est vu comme une méthode marketing par un médecin,

M17 : « c'est cette espèce de présentation de « nouvelle méthode », de « nouvelle technique »(...) cela me gêne un peu ce côté-là...ça me fait penser aux techniques de marketing. Les techniques de marketing il n'y a rien de nouveau...le business...je veux dire le marché ça a toujours existé...une technique de marketing...c'est être « gentil avec la dame » pour lui vendre ses tomates...évidemment...enfin cela paraît évident...non ? (...) Mais la méthode motivationnelle ou de coaching...(...) mais c'est du marketing...ça me fait penser au commerce quoi...je ne sais pas ce qu'ils apprennent en école de commerce... »

- L'EM est comparé à l'éducation positive,

I6 : « Oui j'en discutais avec ma voisine...tu sais c'est comme l'éducation positive pour les enfants : tu sais bien qu'il faut être positif, éviter de relever ce qui est négatif c'est vraiment un truc très important...(...)par exemple : tu as des amis qui viennent chez toi, un gamin va

mettre les pieds sur le canapé et tu vas à peine osez dire quoi que ce soit...enfin, ton propre enfant qui fait la même chose tu vas lui crier dessus»

Certains participants ont suggéré une association entre l'EM et une technique de manipulation

K15 : « j'ai trouvé ça très intéressant par rapport à ça... (...)on m'a conseillé un livre et puis j'ai juste commencé à le feuilleter, je ne sais pas si vous l'avez lu ça s'appelle « Petit traité de manipulation à l'usage de gens bien-pensant »...vous le connaissez ?(...) »

En fait ce sont des moyens d'obtenir quelque chose des gens sans qu'ils s'en rendent compte quoi... alors ça c'est plutôt des techniques de manipulation un peu...sociale et collective ... (...)j'ai lu un ou deux chapitres et j'ai repensé à ce bouquin là parce que c'est pas du tout la même approche parce que là(dans le livre) c'est beaucoup plus sournois »

K10(décrit l'EM) : « comment dire...c'est une espèce de manipulation...de voilà (rires)...pour savoir exactement ...de l'amener à la réponse sans qu'on leur donne « tout cuit dans le bec » quoi...qu'ils prennent un peu part aussi à leur santé... »

P1 « Je trouve très intéressant ce côté-là : « d'impliquer directement le patient », de l'amener insidieusement, si l'on peut dire, à prendre la décision par lui-même (...) »

I 6 (à propos d'ateliers de groupes pour s'entraîner à l'EM) :« (on pourrait faire)des ateliers pratiques, des cas concrets, « faux patient et soignant » par exemple : « vous devez convaincre... » enfin, pas convaincre... (rires) comme quoi on a des schémas vachement ancrés »

Certains participants ont réduit l'EM à la simple utilisation d'outils communicationnels

K13 : « Le fait de résumer ce que nous disait le patient, de lui poser des questions dans le sens...et de le laisser se rendre compte de sa situation à lui...que ce ne soit pas moi qui l'aiguille trop(...) mais que ce soit lui qui vienne à ça...je le fais un peu à mon avis...mais c'est bien de l'intellectualiser un peu plus...cette démarche là avec ton patient »

MI7 : « C'est inventer l'eau chaude quoi...évidemment qu'il ne faut pas braquer les gens, évidemment qu'il faut être empathique, évidemment qu'il faut être sincère, évidemment qu'il faut écouter les gens qu'il faut les laisser s'exprimer, il ne faut pas les contrarier, on ne va pas les forcer à aller contre leurs envies tout ça...ça c'est évident. (...) Oui, c'est une façon de structurer quelque chose que l'on fait avec tact et expérience lorsqu'on est un bon médecin à mon avis »

K10 (à propos de la découverte de l'EM) « Je pense que c'est bien j'aurais tendance à dire que j'espère que c'est quelque chose que chaque médecin ou chaque thérapeute a déjà en soi...a peut-être oublié mais... (...) c'est bien de le rappeler pour ceux qui ont pris l'habitude d'aller très vite et (...)d'oublier de regarder le patient dans les yeux...moi j'ai l'impression que c'est quelque chose que je fais beaucoup »

P2 : « c'est mettre des mots sur des choses que parfois, j'avais mis en place sans le savoir, je me dis bah c'est exactement ça et je trouve ça hyper intéressant »

I14 : « je suis pas sûr que l'entretien motivationnel soit...je pense que ça se fait de manière inconsciente... quand j'ai regardé la vidéo ça fait forcément écho à des prises en charge(...) que je suis en train de faire...ou avec des paroles que je peux avoir...ou une gestuelle que je peux avoir ..et oui c'est de l'EM...sans pour autant que l'on s'en rende compte...»

I6 : «j'ai des amis kinés (...) qui me disent : «les gens, tu leur expliques qu'il faut qu'ils marchent, qu'ils bougent ils le font pas.... Comment tu veux t'en sortir ! » (...) moi, c'est ce que je peux faire, imaginons un patient diabétique je peux lui demander : « alors vous avez marché ? c'est super parce que votre diabète va baisser, vous allez être content, vous pourrez manger un petit peu mieux, un petit peu plus des choses que vous avez envie etc... »bon, c'est pas pour autant qu'ils vont le faire, ils s'en foutent...C'est décourageant pour beaucoup. Peut-être sur un cas sur dix où tu vas avoir un changement... »

Selon certains participants, l'approche motivationnelle ne s'adressera pas à tous les types de patients.

Selon certains participants, pour pratiquer l'EM il faut :

- Trouver le patient qui « veut parler »,

K10 : «il faut trouver le cas d'un nouveau patient qui est assez disponible...qui parle aussi facilement...c'est vrai qu'on a des gens qui sont plutôt...soit « thèseux »...soit qui connaissent pas tout simplement...il y a des personnes qui ne connaissent pas du tout leur corps, ni ce qu'il faut faire...quelqu'un qui...un bon candidat je dirai...c'est vrai que ça doit être compliqué à trouver tout de suite... »

- Un patient qui est en « bonne santé »,

I6 (à propos de l'application de l'EM) : « Je trouve ça super sur le papier...après nous on a que des gens qui ne sont pas en bonne santé... ce ne sont pas des bons exemples...c'est que

ça a échoué depuis des années et tout ça...tu vois ils n'arrivent pas à sortir la tête de l'eau, on ne les a pas pris assez tôt... »

- Des patients motivés,

***I 6** : « je pense que ça ne s'adresse pas à tout le monde. Il y a des patients qui ne sont pas du tout prêts à être motivés... »*

***P2** (à propos des patients non visés par l'EM) « Ceux qui sont dans le déni de soins, les addicts qui n'ont pas envie de s'en sortir, ceux-là, clairement ...ceux qui refusent tous les soins, ceux qui sont dans le déni (...) »*

- Des patients jeunes,

***I 6** (à propos de l'application de l'EM) : « pour les générations suivantes, on peut commencer (...) cette façon d'être « acteur de sa santé » (...)ça va peut-être un peu avec toute cette vague où les gens font plus attention à eux. (...) Mais pour toute cette génération de personnes âgées qui ont toute leur vie : fumé, mangé n'importe quoi, mangé beaucoup de sucre, beaucoup de produits industriels tu ne refais pas une éducation comme ça... »(...)
Chez la personne âgée qui est particulièrement résistante c'est pour ça que ça nous paraît difficile parce qu'on a affaire à une population plus âgée... »*

- Contredit par un autre participant,

***I 4** : « je ne suis pas d'accord...cela peut mettre plus de temps, parce que plus les habitudes sont ancrées, plus c'est difficile de les changer (...) je pense que chez des patients de 90 ans...on atteindra peut-être pas tous les objectifs. Mais je pense que l'EM peut modifier un certain nombre de choses(...) on va peut-être revoir les objectifs à la baisse mais on peut toujours acquérir quelque chose par ça »*

En résumé, certaines notions de l'EM ont été mal comprises par les participants. L'EM est parfois assimilé à d'autres techniques relationnelles (communication non violente, psychothérapie, technique marketing, éducation positive). Plusieurs participants ont évoqué un lien entre EM et technique de manipulation. L'EM a parfois été perçue comme la simple utilisation d'une somme d'outils communicationnels. Ou encore, comme une approche qui ne s'appliquerait qu'avec des patients particuliers (voulant bien parler, en bonne santé, déjà motivés, plutôt jeunes)

3.9 Opinions et perceptions des professionnels de santé sur l'outil de formation proposé par EQuiP

Nous nous sommes intéressés à l'avis des participants sur l'outil de formation en E-learning à l'EM proposé par EQuiP et traduit par l'investigateur. Pour rappel, les participants ouvraient un lien qui donnait accès à une formation en ligne contenant : la description des bases de l'EM, deux cas cliniques sur les thèmes du mésusage d'alcool et de l'adhésion thérapeutique, deux vidéos présentant un entretien médecin/patient et infirmière/patient autour de la prise du surpoids et quelques diapositives récapitulatives.

3.9.1 Contexte de réalisation de la formation

La formation en E-learning a été réalisée dans des contextes variés en fonction des participants. Huit participants l'ont réalisé à leur domicile, deux participants l'ont réalisé sur leur lieu de travail et deux participants ont débuté sur leur lieu de travail et ont terminé à domicile. Nous manquons de données pour les participants restants.

Seul un participant a déclaré ne pas être allé au bout de la formation.

Certains participants ont réalisé la formation en une fois,

K8 : « *Alors je l'ai faite à la maison(...) en une fois c'est peut-être mon côté un peu « toqué »(rires)(...) j'ai dit : « voilà, je bloque une heure aller, boom ! je fais que ça et là je suis concentré(...) je voulais vraiment faire ça de façon sérieuse, assidu et je l'ai fait d'une traite à la maison, j'avais commencé un peu sur le smartphone, c'était un peu étroit niveau écran donc je me suis mis sur l'ordinateur portable, j'étais dans mon canapé tranquillement c'était, pour le coup, confortable à tous les niveaux(...)* »

K10 : « *D'une traite oui je préfère... parce qu'en fractionné je ne serais pas dedans... et puis c'est intéressant (...) une fois qu'on se lance on a envie de continuer »*

D'autres en fractionnant la formation, celle-ci débutée sur leur lieu de travail puis finalisée à leur domicile ou inversement,

M12 : « Je l'ai faite en deux fois j'ai commencé chez moi... j'ai fait 30 ou 25 minutes jusqu'à la diapo 90 c'était très fluide (...) je l'ai reprise et je l'ai terminée...je l'ai donc faite en deux fois...j'étais tout seul...ça m'a pris 35minutes je dirais »

M11 : «je l'ai commencé au cabinet...et puis j'ai dû voir des patients, j'ai fait ça dans ma petite pause...pour voir ce que c'était...au départ c'était pour découvrir...et puis j'ai arrêté(...) alors je l'ai commencé, et après on a diné et après je l'ai fini(...)ce que vous avez dit c'était très bien il fallait 40min...mais je n'avais pas 40minutes devant moi... »

K13 : « Alors presque en une fois, puisque j'ai vu les vidéos après, parce que j'ai eu un problème d'ordinateur (...) j'ai fait la première partie au cabinet entre deux patients parce que j'avais une demie heure de trou et puis le reste je l'ai fait à la maison parce que mon ordinateur marchait mieux »

Un kinésithérapeute a réalisé la formation pendant les vacances,

K10 : « C'est vrai que les vacances sont souvent un moment où je me fais (...) une mise au point sur mon métier...(...) »

Les participants ont réalisé la formation chez eux ou sur leur lieu de travail,

I4 : « Je l'ai faite mercredi soir en rentrant du travail, pas forcément dans de bonnes conditions car c'était tard le soir, il devait être 21h »

M7 : « Alors moi, j'ai fait la formation le matin (à domicile) et je consultais l'après-midi »

I6 : « J'étais chez moi...cela m'a pris deux fois une heure je dirai »

K15 : « Ah non je l'ai faite chez moi tranquille, j'aime bien prendre mon temps, ça me permet de revenir en arrière, de ne pas être dérangé »

Un participant déclare avoir réalisé deux fois la formation,

I14 : « En fait je l'ai vu deux fois...je l'ai vu il y a une dizaine de jours et je l'ai revu il y a deux soirs »

Nous avons cherché à savoir si les participants ont été attentifs durant la formation. Certains participants déclarent avoir pris des notes pendant la formation ou ont voulu en prendre,

P5 : « j'ai pris des notes pendant la formation, je notais les questions qu'ils posaient dans la vidéo...parce que ça donnait plus l'idée de comment (il faut procéder)»

I 6 : « j'ai pris des notes. Je n'ai pas tout recopié...mais j'ai tout noté, je me suis dit que ça m'aiderait à me concentrer »

P2 (à propos des notions retenues après la formation) « Je reprérends mes notes donc on a : écouter, questionner, renforcer le positif, capter, repérer le souhait de changer »

P1 : « J'étais dans mon bureau, d'une traite j'ai fait la lecture de la vidéo, je voulais prendre des notes au départ et puis finalement c'est très illustré »

M7 : « J'ai pas du tout regardé...je pense que j'ai quand même mis trois quarts d'heure quand même parce que parfois, je prenais des petites notes »

Un participant a pris une photo de la diapositive finale,

M7 : « le petit mémo à la fin, j'ai trouvé ça très bien je l'ai même pris en photo pour l'avoir avec moi en consultation »

3.9.2 Perception du contenu et du design de la formation par les participants

La plupart des participants ont perçu la formation comme bien faite et synthétique,

I 4 : « ce que j'ai aimé également sur la forme, c'est qu'il y a un sujet qui est donné puis il y a une synthèse qui est faite juste après c'est très bien. Il y a des rappels, des cas pratiques, sur la forme je l'ai trouvé très synthétique. »

P5 : « j'ai trouvé ça hyper complet »

P16 : « En fait, sur la formation, j'ai trouvé que c'était pas mal car c'était assez simplifié... »

P3 : « Non...non c'était très bien ce n'était pas trop lourd, ni au niveau temps, ni dans les slides... Il n'y a pas trop de choses ça ne fait pas un pavé à lire donc ça c'est très bien »

M12 : « Déjà j'ai trouvé que le format n'était pas mal...juste le contenu des diapos, la lisibilité des diapos, la disposition des diapos j'ai trouvé que le format en lui-même était très bien, c'était clair, très adapté. (...) les messages étaient bien compris, avec des exemples qui arrivent au bon moment (...)le contenu donne vraiment les points clefs...ce n'était pas trop chargé (...) il n'y a pas eu tout un préambule qui dure « 700ans »

M11 : « alors j'aime pas les photos (...) mais sinon le reste de la présentation est très bien fait (...)les diapos sont très bien faites...(...) j'ai trouvé ça...la plupart pertinent(...)au fond le design est très bien fait »

En opposition, un participant a regretté le manque de structure,

P3 : « j'ai trouvé que ce n'était pas assez structuré, j'aime bien quand il y a « grand 1, petit 2 » etc., plus par chapitre, et là, on est sur un déroulé...qui a du sens pas de souci...mais à un moment donné je me suis dit : « mais où on en est dans la formation ? » »

Un participant n'a pas apprécié les répétitions,

M17 : « c'est-à-dire que cela revient en plus...c'est un peu cyclique...tu dis plusieurs fois la même chose...il y a une couche une deuxième couche une troisième couche... »

A l'inverse, un autre aurait voulu plus de répétitions,

M7 : « Après si je devais améliorer (...) je répèterai souvent les mêmes mots. C'est vrai que ça répète mais dans l'organisation...pour favoriser les automatismes (...), j'ai l'impression que répéter beaucoup les mêmes choses ça rentre plus »

Les cas cliniques exposés lors de la formation ont été appréciés par de nombreux participants,

P3 : « Bien pour les cas pratiques. Moi c'est surtout ce que je recherchais, des exemples de questions/réponses, c'est surtout ça qui nous permet de mettre en application facilement »

P5 : « j'ai bien aimé les petits dialogues, pas les vidéos mais surtout la petite bande dessinée (cas cliniques) »

M7 « ce que j'ai trouvé vraiment bien, c'est les cas cliniques, parce que ça permet de fixer les idées, cela rend les choses assez concrètes, il y a des petites idées de questions, moi j'ai essayé de les retenir pour moi derrière les appliquer en consultation »

Seul un médecin a critiqué le contenu d'un cas clinique, peu représentatif de la vie réelle selon lui,

M17 : « j'ai pensé qu'il y avait des trucs (cas cliniques) qui sonnaient faux(...)le médecin qui doit être « sincère » qui en fait, n'a pas l'air très sincère. Moi je trouve. »

Les séquences vidéos ont été de façon unanime appréciées par les participants,

P2 : « la vidéo avec les cas médecins/infirmière il est temps que ça arrive (...) ces vidéos étaient les bienvenues, il en aurait manqué peut-être quelques-unes, je crois qu'il y avait trois cas au total, si les autres avaient pu être sous forme de vidéo cela aurait peut-être été plus ludique »

P5 : « le fait qu'il y ait la vidéo (...) ça donne plus une idée de comment ça peut se passer en pratique »

P16 : « j'ai trouvé que le fait d'avoir des petits films comme ça c'était bien, des témoignages, (...) de voir comment ça se passe en pratique, comment on fait les choses...voilà... »

K8 « Les vidéos sont vachement utiles, pour voir un peu comment tu mènes l'entretien, comment ça se passe. Ça permet de mettre les mots en mouvement, ça casse un peu le côté lecture des diapos »

K10 : « c'est un format qui est intéressant parce qu'on a des exemples justement...sur ce qui est la réalité des choses (...) j'ai bien aimé la mise en place de vidéos concrètes(...) »

M7 : « à partir du moment où il y a eu les vidéos et les petits cas cliniques moi je suis tout de suite rentré dedans, et je n'ai pas vu la fin passer donc je n'ai pas eu de problème pour me concentrer. Un peu au départ et puis dès qu'il y a eu les cas cliniques, fini. »

Certains participants ont eu envie de partager la formation,

P5 : « à des collègues, en fait, qui pourraient trouver ça intéressant »

P16 : « ça nous donne une idée des choses à ne pas faire et un peu...et le sens du relationnel...donc oui, je trouve que c'est bien...et je vais du coup le reporter...à mes collègues...et leur conseiller de voir ça »

3.9.3 L'outil permet-il une initiation à l'EM ?

Sachant que nous n'avons pas évalué les compétences des participants après la formation, nous avons tout de même essayé d'exposer si l'outil permet une initiation à l'EM.

La plupart des participants a trouvé que l'outil proposé permettait facilement et rapidement de découvrir les bases de l'EM,

M11 : « votre support en e-learning c'est une invitation à découvrir(l'EM) et à s'y engager en se disant qu'on a la capacité de le faire...il manque ça peut être à la fin...c'est qu'on a aussi nous la capacité de le faire...ça parait peut-être difficile mais on a cette capacité... »

M7 : « c'est une façon d'accéder à ce qu'est l'EM, avoir quelques petites clefs pour commencer, faire ce premier pas... C'est plus simple que de s'inscrire à une formation, payer la formation, y aller. Je trouve que c'est pas mal comme information et comme formation initiale (...) je trouve que ça donne une bonne idée de la technique de communication »

K8 : « Oui donc ça donne une bonne idée. Après en 45 minutes oui ça peut susciter l'intérêt, c'est ce que disait l'institutrice à nos enfants : « moi, je suis là pour donner envie aux enfants d'être curieux, je leur donne des outils et après c'est aller « au-delà »... » Et oui, je trouve que ça donne envie de creuser un petit peu plus et surtout d'essayer de le mettre en pratique »

M12 : « En terme d'initiation il n'y a rien à dire. Après il faudrait que ça ouvre sur des liens sur des formations (...) en gros, je trouve que toutes les notions à aborder elles étaient très bien abordées (...) c'était des bases par rapport aux changements de posture, elles devaient être dites et elles ont été dites. Donc pour moi il y avait tous les points à ce niveau-là, les exemples, comment impliquer l'apprenant et du coup on a hâte d'avoir une partie pratique »

Nous avons interrogé les participants sur les notions de l'EM qu'ils retenaient en particulier après la formation. Voici leurs réponses spontanées,

- Des exemples de questions /réponses

P3 : « Des exemples de questions, et comment rebondir sur les réponses des patients »

- Ne pas accabler le patient

P1 : « Ce que j'ai retenu c'est de ne pas faire culpabiliser le patient »

P5 : « De ne pas juger le patient »

- Le laisser trouver des solutions, adopter une position de retrait,

P1 : « de faire en sorte que ce soit le patient ce soit lui qui trouve la solution (...) et pas nous qui imposons notre solution »

P2 : « Dans tout ça je pense que ce qui est le plus facile à mettre en place, ce serait que le patient soit en mesure de déterminer lui-même ce qu'il est capable de faire, le faire parler en fait »

P5 : « de ne pas l'obliger à faire des choses (...) plutôt chercher à voir, enfin s'il me pose des questions pour arrêter de fumer par exemple, c'est qu'il commence à y penser et du coup essayer de favoriser ça, et de le faire décider par lui-même, et pour trouver aussi des choses concrètes qu'il peut faire dans sa vie pour changer »

K8 : « d'être un peu moins directif, de plus être à l'écoute, ça aussi c'est facile à mettre en place »

K15 : « Moi le plus facile, je dirais, c'est que ça va changer ma façon de passer le message au patient...je vais être beaucoup moins (...) non pas chercher des solutions, mais plus que ce soit lui qui les donnent »

M7 : « Voilà...ce qui m'a marqué aussi...c'est le fait que le patient a la solution »

K8 : « moins parler et plus laisser parler le patient clairement oui, tu vois déjà rien que ça »

– Poser des questions ouvertes

P3 : « (...) de poser des questions ouvertes en laissant parler le patient, ça c'est facile à appliquer et de s'y tenir... »

M7 : « Ce que j'ai retenu principalement c'est que c'est une technique de communication pour amener un changement (...) qu'il fallait surtout poser des questions ouvertes... »

M12 : « A mettre en application ce serait déjà les questions ouvertes...c'est la base... c'est par là qu'on commence (...) »

– L'écoute active

P2 : « Le plus facile ce serait peut-être l'écoute. L'écoute c'est peut-être donné un petit peu à tout le monde, après il faut la maîtriser mais bon... »

I4 : « le patient a envie de parler, et on n'écoute pas, on écoute d'une oreille, et cette écoute est importante, il y a eu le terme d'écoute réflexive. C'est une notion que je ne connaissais pas, mais qui est vraie »

M7 : « J'ai trouvé ça très intéressant le fait qu'il faille capter les éléments dans le discours c'est beaucoup de concentration. Il fallait capter les points positifs ou les points de changements, j'ai trouvé que ce n'était pas facile de rebondir avec les bons éléments et de rebondir avec une question ouverte.

– Résumé

K13 : « (...) oui c'est pas mal de reformuler ce qu'ils m'ont dit pour leur faire comprendre que j'ai bien compris et les entrainer à aller un petit peu plus loin »

M11 : « ensuite ce qui est difficile c'est la reformulation...(...) c'est un vrai travail parce qu'il faut répondre, résumer avec à peu près ses mots...être dans la vérité...que ce soit juste et authentique pour lui...qu'il se retrouve et quelque part que l'on puisse dire : « qu'est-ce que vous en pensez ? »

Les participants ont parfois eu du mal à se projeter dans leur pratique quotidienne,

P2 : « Cela manque peut-être un peu de concret par rapport au patient. Par rapport à votre présentation, peut-être un peu plus de cas concrets. Par exemple, sur le cas entre l'infirmière et le médecin sur la perte de poids, il y a un moment cela manque de concret quand même... »

P5 « mais oui du coup en pratique (...) ce n'est pas forcément facile d'imaginer comment faire selon le sujet »

3.9.4 La formation a donné envie de pratiquer l'EM

La plupart des participants ont eu envie d'essayer l'EM après la formation,

P3 (à propos de la pratique de l'EM) « Je pense que c'est déjà le cas, et que ça va être de plus en plus le cas, la formation m'a aidé, justement, à avoir les bonnes questions en tête pour pouvoir les ressortir au bon moment »

K10 : « c'est bien de pouvoir y revenir (sur la formation) si jamais j'ai un doute et justement si un patient se présente... et ça m'intéresserait de pouvoir pratiquer ce genre de choses... pouvoir y revenir c'est vrai que c'est intéressant, (...)après, je pense que sans pratiquer tout l'ensemble mais au moins un petit début et voir ce que ça donne au fur et à mesure(...)sans prendre tous les principes mais un petit peu de principes à chaque fois quoi...(...) j'ai l'idée avec un ou deux patients avec qui j'ai eu des soucis...je comprenais pas leurs objectifs... »

M11 « Oui et bien après la formation j'ai testé (...) on a parlé d'alcool avec un patient (...) très vite on peut le mettre en pratique (...) Donc le but de votre outil, c'est finalement de se dire : « Et bien, tiens si je tentais, tiens celui-là il a telle problématique comment je peux l'aider à la résoudre », et c'est pour tout, elle est pour tout (la formation) »

Beaucoup de participants déclarent avoir essayé de mettre en place des notions de l'EM après la formation,

I4 : « j'ai lu et c'est intéressant car le lendemain j'ai pu mettre déjà en application »

K8 : « Oh oui personnellement, je pense que je pourrais mettre en place des choses dès demain au cabinet sans problème, après parfois, la méthodologie c'est compliqué à mettre en place en respectant vraiment le protocole stricto sensu, mais sinon certaines notions oui »

M7 : « je savais un petit peu le type de patient que j'allais avoir et notamment un patient addict à l'alcool et j'ai donc essayé la méthode (rires. En effet, j'ai trouvé que ce n'était pas facile, en fait le E-learning est dense... »

M9 : « ce n'est pas un petit outil parce qu'on voit bien qu'il y a du boulot, que c'est une formation en tant que telle qu'on pourrait la suivre et appliquer des choses avec cet outil »

Un participant ne se sentirait pas capable d'appliquer immédiatement des notions d'EM,

P1 : « j'ai une mémoire pas terrible (rires) pour moi c'est difficile, en l'ayant fait une fois, de dire : « je vais le faire » j'ai bien compris le sens du truc « l'objectif » mais en pratique, je risque d'être un peu décontenancé devant mon patient si vraiment, je devais le mettre en pratique tout de suite... »

3.9.5 Préconisation des participants pour améliorer l'outil de formation proposé

Les participants font plusieurs remarques pour améliorer l'outil :

- Intégrer des fiches « mémo »

M11 : « il faut, à ce moment-là, nous donner des plus grandes directives, des feuilles pédagogiques que l'on peut reprendre comme un petit classeur qui ne ferait pas plus de 5 pages(...) »

P1 : « je pense que ce qui serait intéressant, c'est de donner des « phrases types », (...) ou des phrases « à ne pas dire », (...) les exemples sont parlants, mais quelles sont les phrases types en questions ouvertes qui permettent au patient de répondre dans le sens qu'on voudrait ? »

P3 : « peut-être des fiches mémo à la fin. Avec des cas de comptoir... avoir une fiche sevrage alcoolique, sevrage tabagique avec des petites « questions /réponses » »

M7 : « je pense qu'on aurait besoin d'un petit topo pratique, (...) peut-être une petite fiche avec des questions types pour relancer, un petit truc pratique avec lequel on pourrait repartir qui nous servirait de support pendant la consultation »

- Diminuer le nombre de diapositives,

M9 : « vous pourriez l'améliorer si vous diminuez la quantité de texte qui est sur chaque diapo, (...) peut-être avec de la voix, peut être en faisant intervenir un personnage fictif et qui va parler...sinon les gens...en fait ça m'a vraiment embêté de lire du texte et sous cette forme »

- Faire « jouer » l'apprenant,

M12 : « il faut chercher tout ce qui est jeu pédagogique, voir comment on pourrait en glisser un à l'intérieur, voir comment on « oblige » la personne à jouer tu vois, cinq à dix minutes »

K13 : « (...) rendre l'élève un peu plus actif dans son apprentissage en lui demandant de remplir justement des trucs (textes à trous) cela aurait pu être un peu plus ludique »

- Utiliser une bande son avec un personnage fictif qui accompagne l'apprenant,

M9 : « un logiciel permet justement de faire intervenir des personnages fictifs, de faire des questions réponses, de produire de la bande son et de manipuler la bande son (...) »

- Intégrer une messagerie instantanée,

P2 : «si l'on peut échanger par exemple via Messenger ou des WhatsApp (...)un échange instantané ce serait encore mieux »

- Intégrer davantage de cas cliniques,

P3 : « Et peut-être plus de cas pratiques, il y en avait sur l'alcool et la perte de poids, faire un autre exemple sur un autre thème »

- Proposer un questionnaire à la fin de la formation,

K10 : « après peut être avoir un questionnaire à la fin pour savoir ce que l'on a pensé...compris...je ne sais pas...un résumé de tout...quelque chose comme ça »

Un participant remet en cause l'appellation « e-learning » de l'outil proposé de cette étude,

M9 : « ce n'est pas vraiment du e-learning dans la mesure où à part un petit épisode de vidéo en fait on lit des diapos, parfois c'est un peu fastidieux, (...) Je ne sais pas exactement ce que vous voulez faire...mais en réalité, si vous voulez faire de la formation en e-learning il y a des choses à améliorer... d'ailleurs la partie vidéo, que j'ai trouvée très intéressante et très bien faite »

En résumé, la formation en e-learning à l'EM conçue par EQuiP et traduite par l'enquêteur a été réalisée dans différents contextes par les participants : sur leur lieu de travail ou à leur domicile, en une ou plusieurs fois. Seul un participant n'est pas allé au bout de la formation. La prise des notes illustre l'attention des participants. Ces derniers ont apprécié le design de la formation et la décrivent comme complète pour une initiation à l'EM. Les cas cliniques et surtout les vidéos, rendant la formation ludique, illustrent bien ce qu'est l'EM. Ils pensent que la formation pourrait servir à d'autres professionnels de santé. Pour améliorer l'outil, les participants font des préconisations. Un participant relève que cette formation n'est pas un e-learning à proprement dit. En somme l'outil proposé semble transmettre les bases de l'EM, les participants retiennent principalement : des exemples de questions/réponses, de ne pas accabler le patient, de le laisser prendre les décisions pour sa santé, de poser des questions ouvertes, l'écoute active, l'utilisation de la reformulation.

Verbatims employés pour décrire l'outil, aspects positifs : synthétique ; visuel ; didactique ; pas trop long ; donne les points clefs ; très fluide ; impressionné par la qualité des images ; très parlant ; pertinent ; extemporané ; très illustré

Verbatims employés pour décrire l'outil, aspects négatifs : revoir la mise en page ; trop long ; fastidieux ; beaucoup de texte ; pas assez structuré ; manque de dynamisme

3.10 Souhaits des participants après la formation

Les participants de notre étude ont été intéressés par la pratique plutôt que par la théorie de l'EM. Ils ont ressenti le besoin d'entraînement de pratiquer l'EM,

P3 : « *Ce n'est pas forcément « approfondir les connaissances », c'est s'exercer, faire des cas de comptoir, visionner des exemples de cas de comptoir, pratiquer »*

M7 : « *Je pense une formation en présentielle, (...) où on peut s'entraîner, des livres...ça doit exister mais je ne sais pas si je serai motivé à lire un livre dessus. (...) avec peut être des jeux de rôle (...) je me suis dit que c'était un bon début, que j'avais besoin de compléter la formation par autre chose, en tout cas d'asseoir ça pour que ce soit plus un réflexe ancré dans ma pratique »*

I6 : « *C'est bien, c'est un bon début, je pense que ça doit se compléter sûrement par de la pratique par des petits exercices ou des choses comme ça »*

I4 : « *Oui j'aimerais bien l'approfondir...avec des ateliers, de manière très simple car c'est ce qu'on fait tous les jours, à partir du moment où l'on maîtrise l'atelier on maîtrisera l'entretien. C'est vraiment la pierre angulaire, qui nous permettra d'une part pour nous d'être à l'aise et de pouvoir être aidant (...) »*

Sans être intéressé par la théorie, en effet, un seul participant a été intéressé par le livre de Rollnick et Miller,

P2 : « *Ah oui vous donnez un lien sur un livre il me semble, je serai intéressé d'aller me le procurer, de le lire, alors pas dans l'immédiat parce que maintenant je n'ai pas le temps, ce serait des choses que je pourrais envisager »*

M7 : « *des livres...ça doit exister mais je ne sais pas si je serai motivé à lire un livre dessus »*

Concernant la volonté de formation présentielle complémentaire certains, veulent essayer de pratiquer l'EM avec les acquis de la formation, et s'ils éprouvent des difficultés alors ils s'engageront dans une formation approfondie,

I14 : « *En fait bizarrement, après avoir fait cette formation en E-learning, j'ai plus envie de vous dire...je vais essayer de voir si dans mes pratiques (...) essayer de préciser si je « merdouille » pas et tout...si je me trouve dans mes limites (...) voir, à ce moment-là...si*

j'ai envie d'approfondir ça... : le but du jeu, c'est que moi j'apprenne des choses et surtout pas de mettre les patients en échec »

K10 : « *En fait moi je pense que j'ai besoin de le pratiquer auprès des patients...voir qu'est-ce que ça peut donner et si jamais je vois que ça marche effectivement cela m'intéresserai de me former un peu plus... »*

D'autre ont évoqué un e-learning plus interactif,

P16 (à propos de compléter sa formation): « *Oui pourquoi pas...par quel moyen ? Alors je vous dis soit du présentiel...soit un E-learning interactif oui...de mettre en scène...faire des ateliers pratiques, des cas de comptoir, des jeux de rôles...c'est ce que nous on fait dans certaines formations, le matin on fait de la théorie et l'après-midi on fait de la pratique ...en faisant des jeux de rôles où il y en a un qui fait le patient et l'autre qui fait le soignant »*

Un participant a envie d'essayer l'EM avec un proche,

I6 : « *Nan vraiment, je vais essayer de mettre en place des choses chez moi(EM)...je te dirai si ça devient des réflexions...du coup, c'est le meilleur exemple que je trouve pour le coup. C'est encore plus dur car avec nos proches on est difficile »*

Un participant envisage, sans conviction, de faire une formation en EM,

K13 : « *Si j'avais le temps, ça pourrait être un « truc » (l'EM) qui m'intéresserai...mais là en ce moment pas du tout...je suis submergé... »*

Deux participants pensent que la Visio conférence pourrait être adaptée à la formation à l'EM,

I14 : « *ce qui pourrait être bien, de manière à ce que ce soit plus « naturel », c'est déjà de la Visio conférence. L'entretien que l'on a actuellement il pourrait même être fait en vision conférence, et à travers ces entretiens-là ce serait proposé, arriver (...) à savoir ce que moi j'ai retenu du E-learning, mais tout ça en Visio conférence. Au téléphone, (...) on peut être plus ou moins à l'aise, avoir le contact visuel, donne (...)une autre teneur à l'entretien, (...) par rapport à ce que vous me dites ce que je peux penser en retour, il faudrait que j'améliore tel et tel point, (...)*

K8 « *ce serait d'organiser des vidéos conférences pratiques, pas être contraint de se déplacer sur un site, avec 2 ou 3 participants pour qu'on puisse échanger chacun sur nos ressentis et puis voir avec le formateur les difficultés qu'on a eues(...)c'est vrai que c'est*

sympa, le côté échange et de confronter un peu : « le patient m'a dit ce-ci, l'autre est complètement mutique, comment je peux faire pour briser la glace ? », (...) ça me semblera une deuxième étape intéressante plus que du présentielle pour le coup »

En résumé, les participants n'ont pas été précis sur leurs souhaits après la formation. Sans évoquer concrètement l'inscription à une formation complémentaire, les participants ont ressenti le besoin d'entraînement, de pratique de l'EM à travers des ateliers de groupe. Certains ont déclaré vouloir essayer de pratiquer l'EM avec les acquis de la formation e-learning proposé par EQuIP, ils envisageraient secondairement un complément de formation s'ils ressentent des lacunes. La visio-conférence, comme autre méthode de formation, a été envisagée par deux participants. L'achat de l'ouvrage de Rollnick et Miller est très peu évoqué.

Partie 4. Discussion

Cette étude qualitative avait pour objectif de recueillir les différentes opinions et perceptions de professionnels de santé après une formation en E-learning à l'entretien motivationnel.

Pour notre étude, la formation à l'entretien motivationnel en E-learning proposée par EQuIP et traduite en version française permet de faire découvrir l'entretien motivationnel aux participants. Sa gratuité, son accessibilité, son format court et son design synthétique en font un outil de choix pour favoriser la découverte de l'entretien motivationnel pour des professionnels de santé non formés. La découverte de l'EM est une réelle remise en question pour les participants et permet de transmettre les bases de l'approche motivationnelle.

Nous discuterons de la méthodologie de l'étude. Puis, nous ferons des hypothèses pour expliquer nos résultats, et les confronterons aux données de la littérature en nous appuyant notamment sur l'ouvrage de Rollnick et Miller(37). Enfin, nous ferons quelques propositions pour l'avenir.

4.1 Biais et limites de l'étude

- La population étudiée

L'objectif était de recueillir les opinions de professionnels de santé de soins primaires et de faire émerger des spécificités pour chaque profession.

Le recrutement a permis d'interviewer cinq médecins généralistes, quatre kinésithérapeutes, cinq pharmaciens et trois infirmiers.

Nous avons contacté par email 43 professionnels de santé non formés à l'EM dont 17 ont réalisé l'étude. Nous avons effectué des relances par email chaque semaine.

Nous avons demandé un investissement important des participants ce qui a probablement freiné le recrutement. Ils devaient réaliser la formation, prévenir l'enquêteur une fois la formation réalisée et enfin, se rendre disponibles pour un rendez-vous téléphonique de 20 minutes. Du fait de l'absence de candidats supplémentaires et d'une récurrence des idées émises nous avons décidé de mettre fin au recrutement.

D'autre part, on peut noter un biais de recrutement. En effet, le recrutement des professionnels de santé s'est fait via le réseau de l'enquêteur et de son directeur de thèse. Certains participants connaissaient l'enquêteur par personne interposée. On peut supposer que certains participants n'ont pas fait de commentaires négatifs pour ne pas vexer l'enquêteur.

Participant « *Je pense que c'est pas mal de voir, au niveau de la théorie, comment ça se pratique... non...c'est bien ! si vous voulez, je ne voulais pas vexer qui que ce soit...* »

Enquêteur : « *Ah non pas du tout c'est très constructif, j'ai beaucoup de réactions positives (sur le design) et cela devient un peu redondant, et vous êtes le premier à avoir beaucoup d'expérience et d'années de pratique, donc c'est très intéressant, je voulais du changement dans les avis aussi donc c'est très bien* »

Seuls les pharmaciens ont été recrutés au hasard en diffusant l'annonce de la formation sur un groupe Facebook de pharmaciens « *pharmacool* ». Les participants étaient alors libres de contacter l'enquêteur.

▪ Analyse des données

On peut noter un biais lié à l'enquêteur. L'enquêteur menait pour la première fois une enquête qualitative or nous savons que le recueil de données nécessite des habiletés particulières de modérateur ou d'interviewer.

Appréciant particulièrement l'EM, il a pu influencer certaines réponses des participants. Il s'agissait de ne pas s'écarter de la question de recherche, tout en laissant suffisamment de liberté à l'interlocuteur pour recueillir des données pertinentes(57). En voulant créer une ambiance détendue et permettre aux participants de livrer « sans filtre » leurs opinions, certains entretiens ont parfois dérivé vers des conversations personnelles ou hors sujet par rapport à l'enquête. Cependant, la qualité des entretiens s'améliorait au fur et à mesure de leur réalisation.

De plus, l'enquêteur étant interne en médecine générale, certains participants paramédicaux ont pu se sentir gênés dans leurs réflexions envers la profession de médecin.

Un biais lié aux conditions de l'entretien est aussi possible. Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés sous la forme d'entretien téléphonique. Même si ces entretiens étaient organisés en

accord avec les participants en précisant qu'ils dureraient en général vingt minutes l'enquêteur a ressenti que des participants étaient parfois pressés par le temps.

- En effet, certains ont été interviewés chez eux tard dans la soirée après une journée de travail ou encore sur leur lieu de vacances.

P17 : « On peut essayer de faire vite... »

P10 « je vous demande juste deux secondes, je suis à la piscine du camping (rires) je vais juste m'éloigner un peu histoire que... »

K15 : « Là, il faut que je parte vers 13H45 au plus tard »

On suppose un biais dans l'interprétation des données. Réaliser une étude analytique, avec une sélection des données et leur classement dans différentes catégories, engendre obligatoirement un biais d'interprétation. Ce biais a pu être diminué par la triangulation des investigateurs à savoir la double analyse des verbatim, mais celle-ci a été réalisée seulement sur les trois premières interviews dans notre étude.

4.2 Quelle est place de l'outil de formation proposé par EQUIP dans la diffusion de l'EM ?

Nous avons réalisé un sondage à distance de la formation dans le but d'éclairer notre travail et de nous donner une idée de l'impact de la formation sur les participants. Nous avons donc envoyé un dernier email aux participants afin de leur poser plusieurs questions. Nous voulions savoir si les participants avaient visionné la formation à nouveau, s'ils avaient essayé de mettre en pratique l'EM avec leurs patients, s'ils s'étaient inscrits à une formation présentielle ou encore s'ils s'étaient procuré l'ouvrage de RollNick et Miller. Huit participants ont répondu à l'E-mail soit 47% de participation. Aucun participant n'avait consulté de nouveau le lien vers la formation E-learning. La majorité (5 sur 8) déclare avoir essayé de pratiquer l'entretien motivationnel. Un participant sur huit déclare s'être inscrit à une formation présentielle et un autre participant projette de le faire. Aucun participant ne s'est procuré l'ouvrage de Rollnick et Miller sur l'entretien motivationnel. Voici leurs différents commentaires : « *Je trouve que la formation est bien pour un début et une sensibilisation à l'EM, mais cela demande d'être*

complété par une formation en présentielle. » ; « C'est vraiment utile, sécurisant, et valorisant pour notre consultation » ; « Merci de m'avoir fait découvrir l'entretien motivationnel, c'est une belle ouverture d'esprit dans notre pratique. » ; « Je n'ai pas réussi à mettre en application par manque de temps (...) pris dans la routine du quotidien...Mais l'EM reste très intéressant !!! »

Ces commentaires semblent concordants avec les résultats de notre étude : l'EM plait et les participants essaient de le mettre en pratique. Cependant, une minorité s'est inscrite à une formation à l'EM et aucun participant ne s'est procuré l'ouvrage référence de Rollnick et Miller.

- Un des résultats majeurs de notre étude est l'impact fort qu'a eu la formation sur la majorité des participants.

C'est un fait : les participants, non formés à l'EM, ont remis en question leurs pratiques de l'entretien après cette courte formation. Les participants ont critiqué leurs façons de conseiller leurs patients : une approche qu'ils jugent a posteriori trop directive ne laissant pas place à la discussion. Malgré son design synthétique offrant peu d'interactivité l'outil de formation a permis la transmission des bases de l'EM. En découvrant l'EM grâce à cet outil ils ont la volonté de changer et envie de partager leur découverte.

Si l'impact a été si fort pour les kinésithérapeutes, les médecins, les infirmiers et les pharmaciens de notre étude, peut-on se permettre d'extrapoler nos résultats ?

-Par exemple à une structure de soins primaires. Une équipe ayant la volonté d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques pourrait s'emparer de cet outil, le diffuser gratuitement à tous ses membres pour permettre d'entamer un changement de posture et d'améliorer la qualité des soins.

-Les professionnels de santé interviewés ont souvent regretté l'absence de formation sur la « façon d'être » avec les patients. Ils pensent que l'entretien motivationnel a sa place en formation initiale. A propos des étudiants en médecine, nous savons que les différents départements de médecine générale français sensibilisent leurs étudiants à l'entretien motivationnel(51) mais nous n'avons pas de données sur la diffusion de l'EM auprès des étudiants en deuxième cycle des études médicales. Il est facile d'imaginer un enseignement d'une heure autour d'une sensibilisation à l'EM : les étudiants réaliseraient la formation de 45minutes puis, encadrés par des enseignants de médecine générale, discuteraient l'intérêt d'un changement de posture. L'EM étant une approche applicable dans un large domaine de soins,

soutenant l'autonomisation du patient, les internes des autres spécialités que la médecine générale pourraient y être sensibilisés. Pourquoi ne pas proposer un module d'enseignement à toutes les spécialités médicales confrontées aux maladies chroniques ou la problématique de l'adhésion thérapeutique est fondamentale ? De la même façon en faculté de pharmacie, en IFMK (institut de formation masseurs/kinésithérapeutes) ou IFSI (institut de formation soins infirmiers) cet outil, facile à diffuser, pourrait permettre d'acquérir des réflexes d'empathie, d'écoute et d'autonomisation du patient aux étudiants.

De façon légitime on peut se demander si cette formation aura un impact sur les patients. On ne sait pas encore bien quel niveau de fidélité à l'EM est « suffisamment bon » pour favoriser le changement. La variabilité de l'efficacité de l'EM porte probablement sur le degré de fidélité de l'EM(37). Un professionnel de santé non formé à l'EM, particulièrement empathique, ayant déjà un engagement fort dans la relation thérapeutique avec son patient, ayant focalisé sa prise en charge sur un changement précis, qui complète ses compétences avec la formation en E-learning proposé par EQuIP pourrait-il devenir « motivationnel » ? Pourrait-on dire qu'il s'agit d'EM ? Comment savoir s'il pratique réellement l'EM ?

L'EM n'est pas non plus « une technique », un truc facile à apprendre et à glisser dans sa boîte à outils. Nous décrivons l'EM comme une façon d'être avec les gens, l'intégration de savoir-faire cliniques particuliers pour renforcer la motivation au changement. C'est un style complexe dans lequel on peut continuer à développer son efficacité pendant des années. On nous a demandé « quelles est la différence entre faire de l'EM et être motivationnel ? » et l'un d'entre nous a répondu « environ 10 ans. » (37)

Il est bien démontré que les entretiens motivationnels les plus efficaces sont réalisés par les professionnels de santé les mieux formés à l'EM(38) ce qui semble logique.

Mais les concepteurs précisent que « *Développer des compétences en EM prend du temps. De rapides efforts avec une formation minimale échouent souvent à produire de bons résultats. Une pratique d'EM de mauvaise qualité peut ressembler à des demi-doses d'un vaccin ou d'antibiotiques : la bonne idée , mais la quantité insuffisante* »(37)

- L'outil de formation peut-il participer à faire germer des idées fausses sur ce qu'est l'EM ?

Nous avons vu que certaines notions de l'EM ont été mal comprises par les participants. L'EM a parfois été assimilé à d'autres techniques communicationnelles. De façon plus péjorative

certain ont même évoqué un lien entre EM et technique de manipulation. Enfin, l'EM a parfois été perçu comme la simple utilisation d'une somme « d'outils communicationnels ».

Ces commentaires sont les bienvenus. Ils rappellent que la nature même de l'entretien motivationnel est difficile à comprendre.

L'entretien motivationnel est un style de communication collaboratif et centré sur un objectif, avec une attention particulière au langage de changement. Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique en faisant émerger et en expliquant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme (37)

Après la formation de 45 minutes, les professionnels de santé remarquent que l'entretien motivationnel s'appuie sur des compétences communicationnelles qu'ils ont en eux et ils ont raison. En effet l'EM implique l'utilisation souple et stratégique de cinq compétences de communication, partagées avec beaucoup d'autres approches(37) :

-*Les questions ouvertes*, celles qui invitent la personne à réfléchir et à élaborer ;

-*La valorisation*, l'EM se centre en effet sur les ressources, les efforts et les forces personnelles propres du patient ;

-*Les reflets* qui émettent une hypothèse sur ce que veut dire le patient ont une fonction d'approfondissement de la compréhension, par la vérification que l'hypothèse soit appropriée ;

-*Les résumés* sont essentiellement des reflets qui recueillent ce que la personne a dit et lui représentent comme dans un panier. Ils peuvent être utilisés pour regrouper ce qui a été dit, comme à la fin d'une consultation ;

-*L'information et le conseil*, recommandés lorsque le patient en fait la demande.

Il semble que certains, ayant déjà acquis ces compétences de par leur éducation, auront plus de facilité à appliquer l'entretien motivationnel. Ces cinq compétences essentielles ne constituent pas en elles-mêmes l'EM, mais sont des prérequis efficaces pour une pratique de l'EM.

L'EM n'est pas non plus « une technique », un truc facile à apprendre et à glisser dans sa boîte à outils. Nous décrivons l'EM comme une façon d'être avec les gens, l'intégration de savoir-faire cliniques particuliers pour renforcer la motivation au changement.

Tous les participants ont évoqué le besoin de faire des jeux de rôles mais peu de participants ont évoqué spontanément l'inscription à une formation présentielle sur plusieurs jours à l'EM. Plusieurs participants ont considéré que ce cours en ligne suffisait à transmettre les bases de l'entretien motivationnel et qu'ils aimeraient le pratiquer immédiatement. La principale limite de cette formation en ligne est qu'elle ne peut être qu'une introduction à l'EM qui donne envie

aux professionnels de santé de se former davantage. Le risque serait que leur formation se limite à ce cours en ligne et que le participant pense pratiquer à tort l'approche motivationnelle qui ne s'apprend pas en 45 minutes.

Si cette formation est amenée à être diffusée à un public plus large peut-être serait-il judicieux d'accentuer certains messages ? Peut-on rendre responsable l'outil dans la transmission d'idées fausses sur l'EM ?

4.3 La problématique du temps et de la pratique de l'EM

- Le temps pour pratiquer l'EM dans un contexte de surcharge de travail

Nos résultats ont montré que la problématique du temps était posée par tous les professionnels de santé : le temps dont bénéficie les professionnels de santé, le temps qui influence la qualité des soins, le temps que l'on gagne, le temps c'est de l'argent, le temps que l'on accorde au patient, le temps nous influence et nous fait prendre des décisions, le temps qui nous bloque, le temps nous fait avancer.

Le temps est compté pour les professionnels de santé. On peut se poser la question si la pratique de l'EM est compatible avec cette ambiance permanente de « manque de temps ». Quel professionnel de santé ne rêve pas d'avoir plus de temps ? Peut-on demander aux médecins, aux infirmiers libéraux, aux kinésithérapeutes, aux pharmaciens de prendre plus de temps avec leurs patients ?

Un travail de thèse (44) s'intéresse à l'intérêt de la formation à l'EM pour les médecins généralistes. Les médecins ont déclaré que l'EM était applicable en médecine générale. Il se trouve que la moitié des participants pense que l'utilisation de l'EM ne change en rien la durée des consultations et qu'un quart des participants pense que l'utilisation de l'EM permet un gain de temps. Une minorité dit que l'EM allonge la durée des consultations, que le premier entretien est plus long, puis qu'ils gagnent du temps par la suite et certains estiment que c'est au praticien de fixer la durée de la consultation. Aussi, il semblerait que plus les médecins sont expérimentés, moins ils trouvent l'EM chronophage.

De la même façon, les médecins généralistes de notre étude ont perçu l'EM comme chronophage mais ce n'est pas un obstacle majeur car cela peut faire gagner du temps par la suite comme un « retour sur investissement ».

Par ailleurs, notre étude fait émerger différentes façons de pratiquer l'EM : par interventions brèves, complémentaires avec le motif d'intervention initiale du soignant ou par interventions spécifiquement dédiées au changement qui demande un temps privilégié.

En effet, pratiquer l'EM peut nécessiter une certaine organisation. On rappelle que les kinésithérapeutes, infirmiers, médecins ou pharmaciens ont souvent d'autres objectifs à atteindre pendant l'entretien avec le patient. Peut-on masser, faire une injection d'insuline, une auscultation cardiaque ou encore contrôler la compatibilité des médicaments du patient en réalisant un entretien motivationnel ?

Les professionnels de santé sont-ils prêts à essayer ? les participants de notre étude semblent répondre que oui.

Si l'on souhaite le changement de comportement du patient et qu'il y a peu de temps, l'EM a plus de chances d'être efficace que de dire à la personne ce qu'elle doit faire et pourquoi(59).

En effet, la pression pour travailler rapidement et produire des résultats peut accentuer un style directif. Il semble important de rappeler que 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. Il est possible à une simple rencontre d'être plus ou moins « comme l'EM ». Une conversation plus longue offre habituellement plus d'occasion de faire des progrès, mais si les cliniciens ont un temps relativement compté, l'EM peut encore apporter une contribution à ces entretiens sur le changement.(37)

Si l'on part du postulat que l'EM demande du temps et que les soignants en ont peu, peut-on envisager une conjugaison des efforts entre professionnels de santé de soins primaires afin que chacun pratique l'EM autour de consultations dédiées au changement. Prenons l'exemple d'un médecin sensibilisé à l'EM qui prendrait un temps avec son patient pour évoquer la problématique du surpoids. Il pourrait l'orienter vers une infirmière formée, elle aussi, afin de renforcer la motivation du patient et planifier le changement. Chacun donnerait de son temps pour le patient ce qui renforcerait la motivation du patient.

Enfin, on prend peu de risques à affirmer que le temps passé auprès de chaque patient influence la rémunération des professionnels de santé de soins primaires libéraux. De la même façon dans

l'exercice salarié, le gestionnaire d'une structure de soins ne verrait pas d'un bon œil, par exemple, qu'un praticien voit deux patients par jour. La rémunération à l'acte est commune aux professionnels de santé de soins primaires libéraux. Les infirmiers, les kinésithérapeutes libéraux d'abord, puis les médecins généralistes sont fortement impactés par la rémunération à l'acte. En officine, le constat est le même, la pression du temps est présente. Passer plus de temps avec les patients, c'est être moins disponible pour s'occuper des autres clients, ce qui peut impacter le chiffre d'affaire.

Un médecin généraliste de notre étude, conquis par l'approche motivationnelle, pose comme condition préalable à la pratique de l'EM une revalorisation de l'acte lors de la consultation.

Selon elle, l'EM demande un apprentissage long et difficile, c'est une compétence supplémentaire, l'EM doit donc être valorisé. Cette remarque avait aussi été soulignée dans un autre travail de thèse(41) ou l'auteure avait cherché à mettre en évidence les freins à la pratique de l'EM, les médecins interrogés ayant déclaré que la vraie difficulté sous-jacente était le manque de reconnaissance de ce type d'approche. Peut-on envisager que la pratique de l'EM s'apparente à une spécialisation du praticien ? les praticiens formés et ceux qui ne le sont pas ?

- Le temps pour se former à l'EM

Nous avons vu durant notre étude que de nombreux participants ont perçu l'EM comme une approche qui n'était pas innée, qui était très différente de ce qu'ils ont appris en formation initiale et qui demande un apprentissage long et difficile. Les concepteurs de l'EM précisent :

L'entretien motivationnel, c'est un style complexe dans lequel on peut continuer à développer son efficacité pendant des années. On nous a demandé « quelles est la différence entre faire de l'EM et être motivationnel ? » et l'un d'entre nous à répondu « environ 10 ans. (37)

Sachant que plusieurs mois se sont écoulés entre la transmission du lien vers la formation et sa réalisation, peut-on envisager que les professionnels s'engagent dans une formation approfondie à l'EM ?

En effet, nous avons vu que les participants n'ont pas été précis sur leurs souhaits après la formation. Aucun n'a évoqué l'inscription à une formation présentielle alors qu'ils ont tous ressenti le besoin d'entraînement, de pratique de l'EM à travers des ateliers de groupe. Certains ont déclaré vouloir essayer de pratiquer l'EM avec les acquis de la formation E-learning

proposée par EQuIP et qu'ils envisageraient secondairement un complément de formation s'ils ressentent des lacunes.

4.4 Le E-learning et l'EM.

Nous avons vu que l'opinion sur la formation en E-learning est très divergente parmi les participants. Selon eux, elle sera appréciée et efficace si elle est interactive avec une plateforme ergonomique permettant un échange simple avec le formateur. On voit bien que les diverses modalités de formation sont complémentaires et doivent être adaptées au thème de la formation et que la qualité de celle-ci est toujours primordiale.

Certains participants ont soulevé la question de l'efficacité de la formation E-learning, il est difficile de dire si une formation en E-learning est plus efficace qu'une formation présentielle. Une revue systématique de la Cochrane a été publiée en janvier 2018 (60) , elle retrouve que l'E-learning pourrait n'avoir que peu ou pas d'effet sur les résultats des patients et sur les comportements et connaissances des professionnels de santé et on ne sait pas avec certitude si celui-ci améliore ou réduit les compétences des professionnels de santé.

Peut-on considérer l'outil de formation proposé par EQuIP comme un outil en E-learning ?

Après avoir visionné quelques diapositives de la formation, un médecin, candidat de notre étude, nous a immédiatement contacté pour nous faire part de son refus d'y participer. D'une part il connaissait le sujet de l'entretien motivationnel et d'autre part, il a été interloqué par la présentation de la formation, très peu interactive.

Rejoint par un autre médecin qui lui, a réalisé la formation :

M9 « *ce n'est pas vraiment du E-learning...Dans la mesure où, à part un petit épisode de vidéo, (...) on lit des diapos, parfois c'est un peu fastidieux, parfois on se dit : « plutôt que de lire des power-points, on pourrait nous donner un document » (...) l'objectif c'est d'organiser un E-learning là-dessus ? de faire votre thèse ? »*

D'après la HAS(61) ,

La formation « en ligne » dite « e-learning » est « l'utilisation des nouvelles technologies multimédias de l'Internet pour améliorer la qualité de l'apprentissage en facilitant d'une

Ce cours en ligne utilise les technologies multimédias pour améliorer l'apprentissage de l'entretien motivationnel mais il n'y a pas d'interaction avec le formateur. Dans le domaine de la formation médicale, le E-learning se rapporterait plus à des modules d'autoformation mis à disposition de l'apprenant sans intervention extérieure beaucoup utilisé pour la formation continue des professionnels de santé(62)

La conception d'un programme de formation en E-learning nécessite un investissement financier important d'une part pour la création de la plateforme en ligne (développeur web) et d'autre part pour la participation d'un formateur à l'EM pour répondre aux questions des apprenants.

Notre objectif était la traduction du cours en ligne proposé par EQuIP pour permettre de faire découvrir l'EM aux professionnels de santé français et non pas la création d'une plateforme E-learning de formation à l'EM.

Nous avons obtenu l'accord d'EQuIP pour que la traduction soit réalisée à l'identique pour permettre sa diffusion sur le site d'EQuIP aux côtés des versions Allemande et Anglaise.

Nous sommes conscients que l'outil de formation proposé par EQuIP n'est pas parfait. Plusieurs participants ont regretté le manque d'interaction, l'enchaînement laborieux des diapositives au début de la formation ou encore le design peu ludique. Cet outil de formation à tout de même le mérite d'exister d'une part et d'avoir été traduit en version française d'autre part. D'après notre étude il permet un accès gratuit, pratique et rapide aux bases de l'entretien motivationnel.

La question de l'amélioration de l'outil a été abordé durant les interviews, voici quelques propositions des participants :

- Intervention d'un personnage fictif qui donnera « cours » aux participants ce qui évitera la lecture passive des diapositives par l'apprenant
- Textes à trou à compléter pour rendre actif l'apprenant
- Favoriser le son, l'image et la vidéo et limiter le texte
- Raccourcir la formation pour conserver la concentration de l'apprenant

Améliorer l'outil proposé par EQuIP nécessitera un investissement humain et financier.

Peut-on envisager une plate-forme en e-learning à l'EM ?

Un étudiant infirmier canadien de l'Université de Montréal a remporté un prix d'innovation pour son travail(63). Il porte un projet sur une méthode de E-learning en entretien motivationnel pour les infirmières et infirmiers en soins cardiovasculaires. Il a examiné comment les technologies de l'information, et plus spécifiquement les outils d'apprentissage en ligne, peuvent diminuer les coûts et les barrières à l'accessibilité pour s'assurer que plus d'infirmières et infirmiers puissent être formés dans la discipline.

Il a conçu un portail d'apprentissage en ligne à l'EM destiné aux infirmières et infirmiers de l'unité de soins cardiovasculaires intensifs de l'Institut de cardiologie de Montréal. Il a ensuite évalué sa faisabilité et envisage de déterminer l'efficacité potentielle à long terme de telles plateformes sur la santé et le bien-être des patients. Le projet était financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie du Québec et la Fondation de l'Institut de cardiologie de Montréal.

Ainsi la création d'une plateforme en e-learning à l'EM semble possible. Le défi étant de financer le projet : la diffusion de l'EM en France, dans le but d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques et de leurs facteurs de risques associés, est-il un enjeu de santé publique prioritaire ? Et nécessite-t-il un investissement pour la création d'une plateforme en e-learning destinée aux professionnels de santé ?

4.5 Place de l'EM en pharmacie d'officine

Spécialistes du médicament, les pharmaciens sont logiquement amenés à jouer un rôle majeur en matière d'information sur les médicaments et leurs effets indésirables, d'analyse d'interaction médicamenteuse, de détection des erreurs médicamenteuses. (64)

Les pharmaciens de notre étude pensent que l'EM est applicable en pharmacie à condition de relever plusieurs défis. D'abord, il faut que l'officine soit conçue avec des locaux adaptés pour respecter la confidentialité des patients (espace destiné aux entretiens). Enfin il faut nécessairement que le personnel soit en nombre pour permettre au pharmacien de se libérer du comptoir pour aller réaliser son entretien et donc pratiquer l'EM.

En 2013, une étude s'est intéressée à l'intérêt de l'EM dans l'éducation thérapeutique du patient et son application en officine, elle confirme la vision de nos participants (65) :

- Le manque de temps (emploi du temps difficile à prévoir car organisé en fonction de la fréquentation de l'officine),
- L'aménagement des locaux qui ne permet pas toujours de s'entretenir dans des conditions de confidentialité satisfaisante,
- La modification de la relation avec le patient, nécessitant des compétences en matière de communication et d'éducation,

Sont les principaux points pouvant freiner les pharmaciens dans cette démarche d'accompagnement personnalisé de leurs patients.

Les pharmaciens vont devoir opérer une véritable mutation de leur pratique officinale mais c'est une opportunité de valoriser leur profession. Ces entretiens demandent aux pharmaciens d'adopter une posture différente afin de transmettre des connaissances et compétences pour favoriser l'adhésion thérapeutique du patient face à son traitement.

Ils pensent que le pharmacien doit développer de véritables compétences en matière de communication, que sa formation ne lui a guère apportées, et que l'EM pourrait constituer une aide précieuse pour la formation lui permettant de mener efficacement cette nouvelle mission

L'entretien individualisé en pharmacie est très actuel. Un participant nous a confié que la complexité administrative pour aboutir à un règlement de la CPAM était un autre frein à la généralisation de l'entretien individualisé en officine. En effet, le pharmacien d'officine est principalement rémunéré à hauteur du nombre de produit vendus. Ainsi, introduire la notion de prévention en pharmacie d'officine passera par une valorisation financière de ces entretiens de prévention.

Certain entretiens réalisés par les pharmaciens sont rémunérés, mais l'absence de rémunération dans les entretiens asthme chez l'enfant et les retards de paiement de la CPAM semble freiner la démocratisation de l'entretien individualisé et donc de l'EM en pharmacie d'officine.

On rappelle le contexte avec l'extrait d'un article de la revue Prescrire (64) :

En France, en 2013, dans un objectif affiché de « lutte contre la iatrogénie », les pharmaciens d'officine ont été autorisés à organiser des entretiens avec des patients traités par anticoagulant oral ou corticoïde inhalé.

Puis en 2018, les pouvoirs publics ont mis en place les “bilans partagés de médication”, une autre mission rémunérée que les pharmaciens d'officine sont autorisés à organiser. Ces bilans consistent à analyser le traitement d'un patient dans son ensemble, dans l'objectif de réduire le risque iatrogène. Ils font l'objet d'une convention signée entre l'assureur maladie obligatoire et les représentants des pharmaciens d'officine. Les bilans de médication effectués ont pour objectif d'aider les patients à mieux comprendre leur traitement et ainsi favoriser l'observance. Ces bilans s'inscrivent dans un contexte d'évolution importante du métier de pharmacien et de sa rémunération, avec aussi l'autorisation récente de proposer des “conseils et prestations” dans un objectif de santé publique. Les effets indésirables liés à l'utilisation de médicaments sont une réalité quotidienne, particulièrement chez les personnes âgées qui prennent de nombreux médicaments.

Il nécessite de la part des pharmaciens de dépasser certaines difficultés, d'organisation du temps et de l'espace de travail, de lourdeur administrative, de relation avec les médecins prescripteurs.

Ces bilans sont une occasion pour les pharmaciens d'officine de faire valoir leur métier de pharmacien-soignant, et d'instaurer, ou renforcer, à partir des traitements des patients, une relation avec les autres soignants dans un esprit de complémentarité et d'amélioration des soins.

En somme, les pharmaciens ont une place prépondérante dans la prise en charge des maladies chroniques et particulièrement dans l'adhésion thérapeutique. Le mode d'exercice en pharmacie est en pleine évolution, l'entretien individualisé, financé par la CPAM, invite le pharmacien à prendre un temps privilégié avec son patient focalisé sur son traitement médicamenteux. L'EM ayant prouvé son efficacité dans l'amélioration de l'adhésion thérapeutique(29) est un outil dont pourrait s'emparer les pharmaciens d'officine pour majorer l'efficacité de leurs entretiens individualisés.

Conclusion

Aider les patients à changer leurs habitudes quand elles sont nuisibles à leur santé est un défi pour les professionnels de santé de soins primaires. Des médecins généralistes européens engagés dans le développement de la qualité des soins primaires réunis au sein du réseau EQuiP ont considéré l'EM comme un des outils dont les professionnels de santé pourraient s'emparer pour répondre à ce défi et ont proposé une formation en ligne disponible gratuitement sur le site d'EQuiP en Anglais et en Allemand. La réalisation de la version française de la formation est apparue comme un moyen de développer la diffusion de l'EM en France. Elle incluait la traduction du contenu de l'Anglais vers le Français et la réalisation d'entretiens vidéo (cameraman professionnel et acteurs amateurs). L'objectif était de mettre à disposition des professionnels de santé de soins primaires français la formation et de recueillir leurs perceptions à la fois sur l'outil de formation et sur l'approche de l'EM. L'originalité de notre étude portait sur la participation des médecins généralistes mais aussi des kinésithérapeutes, pharmaciens et infirmiers.

Même si le manque d'interaction et l'exigence d'investissement que demande une formation en ligne ont rebuté certains participants, son format synthétique et son accessibilité ont été appréciés permettant la transmission des bases de l'EM. La découverte de l'EM, une approche innovante, s'opposant à l'approche médicale et paramédicale paternaliste, a séduit la majorité des participants. En 45 minutes cette formation a fait naître des questionnements, une remise en question de la posture des professionnels de santé : observer un patient figé dans une position délétère pour sa santé est une situation difficile à vivre pour les soignants provoquant parfois une incompréhension voire de la colère. Souvent, ils s'épuisent à vouloir aider les patients à changer contre leur volonté tout en étant conscients que leurs recommandations ne sont pas suivies. Au final, l'autonomisation des patients est perçue comme indispensable et l'approche motivationnelle comme un recours pour les professionnels de santé.

L'application de l'EM soulève plusieurs problématiques au sein de chaque profession. L'entretien individualisé en pharmacie, financé par la CPAM, est d'actualité. Dans ce contexte, selon les pharmaciens, appliquer l'EM est envisageable à condition que les locaux soient adaptés pour respecter la confidentialité des patients d'une part et que le personnel soit en nombre pour permettre de « libérer le comptoir » d'autre part. La problématique de l'adhésion

thérapeutique étant centrale pour les kinésithérapeutes, l'EM est apparu comme très adapté. En pratique, ils bénéficient d'un nombre de séances répétées où peuvent se mêler thérapies manuelles et EM sous condition que les objectifs thérapeutiques soient atteints. Le profil est sensiblement le même pour les infirmiers. Ils ont une relation, eux aussi, très privilégiée avec les patients, leurs rencontres sont brèves mais fréquentes. La pratique de l'EM en séquences brèves mais répétées serait intéressante à étudier pour les infirmiers libéraux. La pratique de l'EM en cabinet de médecine générale soulève aussi la question du temps de la consultation. La question des consultations dédiées est posée.

Même si l'EM empreinte, d'après les participants, des outils qu'ils ont « en eux », maîtriser cette approche est un apprentissage long et difficile qui peut freiner sa diffusion. La formation en E-learning proposé par EQuIP apparaît comme une bonne initiation à l'EM, qui doit nécessairement être complétée par d'autres formations apportant davantage d'interactions et de supervision pour que chacun devienne « motivationnel ». De plus, elle semble insuffisante pour empêcher complètement les idées fausses sur ce qu'est l'EM. Sa mise à disposition gratuite et facilement accessible pourrait contribuer à la diffusion d'une approche différente de la communication soignant/soigné facilitant la participation des patients.

Une équipe soignante, soucieuse d'amélioration de la qualité des soins, pourrait s'emparer de cet outil pour découvrir l'EM et engager un changement de posture dans la relation soignant / patient. A titre d'exemple, la mise en œuvre au sein d'une structure de soins primaires, d'un protocole de soins pluri professionnel sur la prise en charge de la lombalgie chronique intégrant l'EM pourrait proposer à toute l'équipe la formation élaborée par EQuIP.

Mots clefs : « entretien motivationnel », « formation E-learning », « professionnels de santé soins primaires ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé – Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT) , 2014.pdf.
2. brochureobservance2017_web.pdf [Internet]. [cité 23 oct 2018]. Disponible sur: https://lecrip.org/wp-content/uploads/2017/04/brochureobservance2017_web.pdf
3. Document élaboré avec la collaboration du Pr Mireil, le Becchio, spécialiste de médecine générale. memo_entretien_motivationnel.pdf - HAS.
4. Maladies non transmissibles [Internet]. World Health Organization. [cité 5 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
5. Santé publique France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France, Rapport 2017. 2017.
6. www.has-sante.fr- evaluation-et-prise-en-charge-du-risque-cardio-vasculaire- Mars 2017.
7. Baromètre santé nutrition 2008 - Présentation [Internet]. [cité 29 nov 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-nutrition-2008/index.asp>
8. Ségolène GERBE de THORE d'HUART H. Les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique: étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés. Paris Descartes; 2016.
9. Académie nationale de pharmacie. « observance des traitements médicamenteux en France » ; Rapport de l'académie nationale de pharmacie [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_1_observance_mEdicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf
10. Sabaté E, World Health Organization, éditeurs. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.
11. Wetzels GEC, Nelemans P, Schouten JS, Prins MH. Facts and fiction of poor compliance as a cause of inadequate blood pressure control: a systematic review. *J Hypertens.* oct 2004;22(10):1849- 55.
12. Devys C, Bildstein V. Etude de l'observance médicamenteuse des patients diabétiques de type II en Île-de-France. :4.
13. Ho P, Michael, Bryson Chris L., Rumsfeld John S. Medication Adherence. *Circulation.* 16 juin 2009;119(23):3028- 35.
14. Pound P, Britten N, Morgan M, Yardley L, Pope C, Daker-White G, et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Soc Sci Med* 1982. juill 2005;61(1):133- 55.
15. La revue prescrire. Influences, « Observance » des traitements: pas si simple. oct 2007;27(288):782.
16. Sidorkiewicz S, Tran V-T, Cousyn C, Perrodeau E, Ravaud P. Discordance Between Drug Adherence as Reported by Patients and Drug Importance as Assessed by Physicians. *Ann Fam Med.* 9 janv 2016;14(5):415- 21.
17. Autonomiser les patients [Internet]. 2012 [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/4/empowering-patients>
18. Zsuzsanna Jakab. Patient empowerment in the European RegionA call for joint action. First European Conference on Patient Empowerment; 2012 avr 11; Copenhague.
19. Ministère des solidarités et de la santé. Ministère des solidarités et de la santé.La synthèse de la stratégie nationale de santé 2018-2022.20/12/2017. disponible à l'adresse:

- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_synthesev6-10p.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
20. Etude Zava 2017 : crainte et expérience du jugement dans l'accès au soin en France [Internet]. Zava. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.zavamed.com/fr/etude2017-crainte-experience-jugement-francais.html>
 21. Bonnetblanc J-M, Sparsa A, Boulinguez S. Le « bon médecin » : enquête auprès des patients. *Pédagogie Médicale*. août 2006;7(3):174- 9.
 22. M.C.Dedianne, A.Moreau PH. Relation médecin-malade en soins primaires :qu'attendent les patients ?Investigation par la méthode focus groups. 22 avr 2003;17(611).
 23. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Timmer A, éditeur. *PLoS ONE*. 9 avr 2014;9(4):e94207.
 24. Margat A, De Andrade V, Gagnayre R. « Health Literacy » et éducation thérapeutique du patient : Quels rapports conceptuel et méthodologique? *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ*. juin 2014;6(1):10105.
 25. Baromètre santé médecins généralistes 2009 - Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/prevention-EPS-ETP.asp>
 26. Hill C. Mortalité attribuable au tabac en France [Internet]. Diaporama présenté à; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Mortalite_attribuable_au_tabac_en_France.pdf
 27. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. :6.
 28. AFDEM-association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel-www.afdem.org [Internet]. Lettre d'information. 2013. Disponible sur: www.afdem.org
 29. Zomahoun HTV, Guénette L, Grégoire J-P, Lauzier S, Lawani AM, Ferdynus C, et al. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 01 2017;46(2):589- 602.
 30. Dillard PK, Zuniga JA, Holstad MM. An integrative review of the efficacy of motivational interviewing in HIV management. *Patient Educ Couns*. 2017;100(4):636- 46.
 31. Lili Li1, Shimin Zhu2, Nick Tse1, Samson Tse1 & Paul Wong1. Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: a systematic review and meta- analysis. 2015 Society for the Study of Addiction *Addiction*, 111.
 32. H. Frost 1,* , P. Campbell 2 , M. Maxwell 3 , R. O'Carroll4, S. Dombrowski4, H. Cheyne3, B. Williams 3, A. Pollock 2. Effectiveness of motivational interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: an overview of reviews. The 4th European Congress of the ER-WCPT / Physiotherapy 102S (2016).
 33. Yakovenko I, Quigley L, Hemmelgarn BR, Hodgins DC, Ronksley P. The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: systematic review and meta-analysis. *Addict Behav*. avr 2015;43:72- 82.
 34. Lindson- Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cité 27 nov 2018];(3). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub3/abstract>
 35. R. D. Barnes and V. Ivezaj. A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. *obesity reviews* (2015) 16, 304–318.

36. VanBuskirk KA, Wetherell; VanBuskirk JL. Motivational Interviewing Used in Primary Care A Systematic Review and Meta-analysis. *J Behav Med.* août 2014;37(4):768- 80.
37. William R. Miller, Stephen Rollnick. *L'entretien motivationnel Aider la personne à engager le changement* Collection : - 2e édition. interedictions, éditeur. 2013. (Développement personnel et accompagnement).
38. Hallgren KA, Dembe A, Pace BT, Imel ZE, Lee CM, Atkins DC. Variability in motivational interviewing adherence across sessions, providers, sites, and research contexts. *J Subst Abuse Treat.* janv 2018;84:30- 41.
39. CAZES L. *Les entretiens motivationnels dans la prévention cardiovasculaire : une revue systématique de la littérature.* Toulouse; 2010.
40. LAPRAND H. *La motivation des médecins généralistes à se former à l'entretien motivationnel pour prendre en charge l'obésité: Evaluation auprès de 100 médecins généralistes de la région de Brest.* [2011]: BREST;
41. HAMM, VEIT A. *Place des entretiens motivationnels dans les cabinets de médecine générale français en 2012.* Strasbourg; 2013.
42. DELOS N. *Évaluation des connaissances et des pratiques en entretien motivationnel, en médecine générale, dans le département du Morbihan : étude quantitative descriptive auprès de 19 médecins généralistes morbihannais en décembre 2015.* Rennes; 2016.
43. EGRON A. *perception et opinion des médecins généralistes après une formation à l'entretien motivationnel dans le cadre de la promotion du dépistage du cancer des cancers.* TOURS; 2012.
44. ALAM SOLTY C. *Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel.* CAEN; 2013.
45. LAVAL M. *Evaluation de l'efficacité pédagogique du Diplôme Universitaire d'entretien motivationnel* Guy Azoulay. Montpellier; 2016.
46. PLAGNARD MALATRAY H. *Evaluation de l'impact des entretiens motivationnels dans l'amélioration de la qualité de vie et de la fatigue au sein du programme de rééducation après cancer du sein intitulé « ARTEMIS ».* [LYON]; 2016.
47. COGNEE J. *Apport de l'entretien motivationnel dans la promotion de l'allaitement maternel.* [2016]: NANTES;
48. Gourlan M. *Motivation des adolescents obèses pour l'activité physique. Les apports de la théorie de l'autodétermination et de l'entretien motivationnel.* Grenoble; 2011.
49. Vidailiac M. *impact d'une formation à l'entretien motivationnel sur les pratiques des internes de médecine générale.* TOURS; 2014.
50. TOUSSAINTS, BLANC O. *La sensibilisation à l'entretien motivationnel peut-elle faciliter la prise en charge des pathologies chroniques tel que le tabagisme? Etude portant sur trois promotions d'internes de médecine générale de la faculté de médecine d'Amiens à propose de l'aide à l'arrêt du tabac.* AMIENS; 2014.
51. HOURS H. *état des lieux de la formation à l'entretien motivationnel durant le diplôme d'études spécialisées de médecine générale en France en 2016-2017.* TOULOUSE; 2017.
52. HOCRY C. *Etat des lieux de l'enseignement théorique de la relation/communication médecin-malade au cours du 3ème cycle de médecine générale dans les facultés de France en 2012-2013.* REIMS; 2014.
53. Agence nationale du DPC ; <https://www.agencedpc.fr/formations-dpc-rechercher-un-dpc>.
54. Poster Projet PECC Equip Copenhague 2016.
55. Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz,, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. *Introduction à la recherche qualitative.*

exercer. 2008;

56. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. 2009;88:106- 12.
57. Isabelle Aubin-Auger¹, Bertrand Stalnikiewicz², Alain Mercier³, Jean-Pierre Lebeau⁴, Laurence Baumann¹ et les participants aux 3es Journées de rencontres du GROUM.F. Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles. 2010;21(93):111.
58. LAFOIX B. la contraception d'urgence : points de vue de professionnels de soins de premier recours sur la prescription et la délivrance : quels sont les obstacles indentifiés par les professionnels de santé ? Descartes; 2015.
59. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 1 avr 2005;55(513):305- 12.
60. Vaona A, Banzi R, Kwag KH, Rigon G, Cereda D, Pecoraro V, et al. E- learning for health professionals. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 [cité 18 déc 2018];(1). Disponible sur:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011736.pub2/abstract>
61. Développement professionnel continu (DPC), fiche méthode, E-learning, HAS, Evaluation et amélioration des pratiques, Mai 2014.
62. La e-formation des professionnels de santé, les communautés en ligne et les plates-formes collaboratives | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. [cité 18 déc 2018]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/le-mag-numero-10/la-e-formation-des-professionnels-de-sante-les-communautes-en-ligne-et-les-plates>
63. CNW | Un étudiant au doctorat de l'Université de Montréal remporte le prix Global Nursing Innovation [Internet]. [cité 19 déc 2018]. Disponible sur:
<https://www.newswire.ca/fr/news-releases/un-etudiant-au-doctorat-de-luniversite-de-montreal-remporte-le-prix-global-nursing-innovation-622108333.html>
64. La revue prescrire. « Bilans partagés de médication » par les pharmaciens d'officine: un outil pour sécuriser les soins. déc 2018;38(422):903.
65. Blanchet Emilie. Intérêt de l'entretien motivationnel dans l'éducation thérapeutique du patient. Application de cette méthode de communication dans la mise en oeuvre des entretiens pharmaceutiques à l'officine [Thèse d'exercice, diplôme de docteur en pharmacie]. Blois; 2013.

Annexes

Annexe 1 - Guide d'entretien semi dirigé

Pour les besoins de l'analyse, accepteriez-vous que cet entretien soit enregistré ?
Toutes vos réponses seront anonymes et confidentielles.
Avant de commencer avez-vous des questions sur le déroulement de l'entretien ?
Si vous êtes prêts nous allons commencer.

Thème N°1 : caractéristiques du professionnel de santé

Quelle est votre profession ?
Depuis combien de temps exercez-vous ?
Dans quel environnement professionnel : Ruralité ? ville ? seul ? en groupe ?
Quelles sont vos habitudes de formation : Internet/lecture scientifique/ formation présentielle/ E-learning/ groupe
échange inter professionnel/ autre

Thème n°2 : Opinions et perceptions des professionnels de santé sur le E-learning

Que pensez-vous du E-learning ?
Quels sont pour vous les avantages du E-learning ?
Quels sont pour vous les inconvénients du E-learning ?
Pensez-vous que le E-learning est adapté à votre profession ?

Thème n°3 : Opinions et perceptions des professionnels de santé sur l'EM

Que pensez-vous de l'entretien motivationnel ? Auriez-vous envie d'utiliser l'entretien motivationnel dans votre pratique ? Ce qui vous plaît ? Quelles sont pour vous les forces de l'EM ? Pour quel type de patients auriez-vous envie d'utiliser l'EM ?
Ce qui vous déplaît ? Quelles sont pour vous les faiblesses de l'EM ? Quels sont pour vous les obstacles à l'utilisation de l'EM ? Qu'est ce qui pourrait vous freiner à utiliser l'EM ?
Par où pensez-vous commencer ? Quelle notion de l'EM vous semble la plus utile dans votre pratique ?
Avez-vous envie de changer votre façon de faire ?

Thème n°4 Opinions et perceptions concernant l'outil de formation proposé

Qu'avez-vous pensé de l'outil de formation proposé ? Qu'est-ce qui vous a plu ? Qu'est-ce qui vous a déçu ?
Qu'est-ce qui vous a manqué ?
Dans quel contexte avez-vous réalisé la formation ? Êtes-vous aller au bout ? Où l'avez-vous réalisé ? Quand ?
en Combien de temps ? en fractionné ou en une fois ?
Que pensez-vous de la formation en termes de design ?
Cet E-learning est-il l'outil idéal pour débiter une formation à l'EM ? Pour donner une première idée de l'EM ?
Que pensez-vous de cette formation comme première façon de connaître l'EM ?
Qu'avez-vous retenu de la formation ? quels notions clefs retenez-vous ? Pensez-vous qu'il est possible d'appliquer l'EM après cette formation ?
Quelles suggestions pouvez-vous faire pour améliorer cette formation ?

Thème n°5 : Souhaits d'approfondir les connaissances à l'EM

Avez-vous envie d'aller plus loin sur la formation à l'EM
De quelle façon auriez-vous envie d'approfondir vos connaissances à l'EM
Maintenant que vous avez vu ça qu'est-ce que vous avez envie de faire ? en termes de formation ?
Quelle suite allez-vous donner à cette formation ?
Dites-moi sur une échelle de 1 à 10 quelle envie vous avez d'en apprendre davantage sur cette pratique ?

Question n°8 : Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe 2 - Naissance du projet de thèse

En 2015, Interne en stage de niveau 1 en cabinet de médecine générale, ma directrice de thèse, membre d'EQuiP, me propose de visionner la formation en E-learning à l'EM dont elle avait eu écho pendant un colloque européen.

Je découvre donc l'EM à travers la courte formation en E-learning conçu, en version Anglaise, par les membres d'EQuiP.

Malgré la barrière de la langue, j'ai été conquis par l'approche et je me suis rapidement procuré l'ouvrage de Rollnick et Miller.

Depuis plusieurs années j'essaye de pratiquer l'EM en consultation avec mes patients, lors de mes remplacements en cabinet de médecine générale.

De nombreux patients, sur le pas de la porte du cabinet, me confient : « Merci beaucoup, Cela fait du bien d'être écouté »

Même si je pensais avoir des facilités dans mes relations avec les patients, je considère que la découverte de l'EM à travers la formation à changer ma « façon d'être » en consultation, je suis plus à l'aise pour accompagner mes patients au moment où la problématique du changement se pose.

Malgré tout, je me rends bien compte de mes lacunes, je manque de supervision. Il est clair que ce n'est pas après avoir visionner 45 minutes de formation à l'EM et feuilleter l'ouvrage de Rollnick et Miller que l'on devient « motivationnel ». Compléter ma formation à l'EM fait partie de mes projets, mais je me sens plus compétent qu'avant la formation.

Si grâce à cette formation, j'ai été sensibilisé à l'EM et j'ai même débuté un changement de posture, pourquoi d'autres professionnels de santé ne pourraient pas en tirer les mêmes bénéfices ?

C'est ainsi qu'est né le projet de traduction de la formation. J'ai mon ressenti sur l'outil proposé par EQuiP et l'EM et le projet de thèse permettra d'évaluer la perception d'autres professionnels de santé.

Opinions et perceptions de professionnels de santé après une formation en E-learning à l'entretien motivationnel
Résumé

Contexte : En 2014, les pathologies chroniques étaient responsables de 87% des décès en France. Un moyen important de faire reculer les maladies chroniques est de s'attacher à réduire les facteurs de risque qui leur sont associés et d'améliorer l'adhésion thérapeutique. La diffusion de l'entretien motivationnel (EM) en France pourrait être une clef efficace pour relever ce défi. **Objectif** : Évaluer les perceptions et opinions de 17 professionnels de santé non formés après une formation en E-learning à l'EM. **Méthode** : Traduction de la formation en E-learning à l'entretien motivationnel proposé par EQuIP, comportant : traduction du script, réalisation des séquences vidéo. Recrutement de professionnels de santé de soins primaires, réalisation d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Les entretiens sont retranscrits, codés à partir des verbatim et enfin analysés. **Résultats** : 5 médecins généralistes, 4 kinésithérapeutes, 5 Pharmaciens et 3 Infirmiers ont été interrogés entre Juin et Novembre 2018. La découverte de l'EM à travers cet outil synthétique et flexible a suscité une remise en question et la transmission des bases de l'EM. L'EM est perçu comme une approche innovante favorisant l'autonomisation des patients. Toutefois, l'outil manque d'interaction et demande une attention plus importante que la formation présentielle. **Conclusion** : Facile à diffuser, cette formation peut permettre à une équipe soignante un changement de posture pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques. Elle devra néanmoins être complétée par une formation comportant plus de supervision pour que chacun devienne « motivationnel »

Mots clés : Entretien motivationnel, Formation E-learning, Professionnels de santé en soins primaires,

Opinion and feedback of healthcare professionals after a motivational interviewing e-learning course
Abstract

Background: In 2014, chronic diseases were responsible for 87% of deaths in France. An important way to reduce chronic diseases is to focus on reducing the risk factors associated with them and improving therapeutic adherence. Motivational interviewing (MI) is an effective key to take up this challenge and its spread in France is essential. The goal of this study is to gather the feedback of 17 non-trained health professionals after their participation in a e-learning training on MI. **Method:** Translation of the MI e-learning training tool created by EQuIP, including the script and the production of videos. Recruitment of primary healthcare professionals in order to carry out a qualitative survey through semi-structured interviews. The interviews were transcribed word by word, then coded and finally analyzed. **Results:** 5 general practitioners, 4 physiotherapists, 5 pharmacists and 3 nurses were interviewed between June and November 2018. The discovery of the MI through a synthetic and flexible tool gave rise to questions and aroused reflections on the participants' behaviour during their consultations while transmitting them the basis of the MI. MI is seen as an innovative approach, opposed to a directive approach, promoting patient empowerment. However, interaction is missing, and a deep involvement of the participant is key compared to a face-to-face training. **Conclusion:** Easy to spread out, this training can allow a healthcare team to change its behaviour to improve the management of chronic diseases. Nevertheless, it should be completed by additional trainings with more supervision so that the professional could become "motivational"

Keywords : Motivational interviewing, e-learning course, primary health care professional

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06

Annexe 3 – Aperçu du contenu de la formation à l'entretien motivationnel proposé par EQUIP

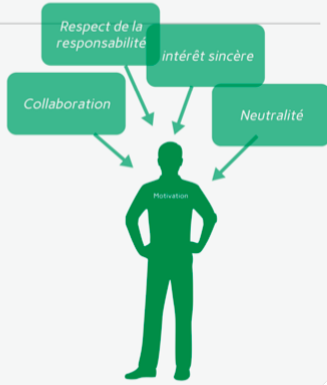
Principes et modes d'action : le désir de changement est décisif

Le but de l'entretien motivationnel est de renforcer le désir propre du patient concernant le changement. Le professionnel ne donne pas son avis sur ce qu'il y a de mieux à faire, il n'est pas celui qui « sait mieux » que le patient.

Comment faire en pratique ?

Je pose des questions, j'écoute attentivement et je repère les moindres souhaits de changement du patient, ses inquiétudes sur la situation actuelle, ou son désir de se sentir mieux.

J'évite la persuasion, je me retiens de mettre en exergue les conséquences délétères de la situation actuelle



Cas clinique : Mésusage de l'alcool

Donc vous avez un exemple vivant des conséquences d'une alcoolisation excessive au sein de votre famille. Il n'est pas étonnant que vous soyez inquiet de la réaction de votre mère si elle apprendrait votre consommation.

C'est clair, mon oncle est finalement décédé d'une cirrhose du foie...mais je n'ai pas besoin d'un cours sur les méfaits de l'alcool je sais très bien que ce n'est pas bon pour la santé ! Mais ça peut être très cool aussi !



Le médecin se concentre sur les propres expériences du patient. Cela permet d'éviter de rentrer dans le conflit que le patient essaye de lui proposer



La perte de poids Au cabinet du médecin



La perte de poids Entretien Infirmier



A la fin du cours Récapitulation des principes

L'attention portée renforce la probabilité du changement.

Je repère que l'insatisfaction du patient vis-à-vis de sa situation révèle des désirs de changement. Les tentatives de changement montrent des intentions positives.

La motivation, c'est la confiance dans ses chances de succès.

Par conséquent, je valorise la démarche du patient. Je m'intéresse à ses succès passés, à ses ressources, à celles de ses valeurs qui vont dans le sens du changement. Le fait de venir consulter est déjà un signe de motivation.

La motivation, c'est la confiance dans ses chances de succès.

Si je crois à la capacité de mon patient à faire des choix et à prendre des décisions, il sera plus à même de prendre des décisions pour aller mieux.

L'ambivalence est une donnée normale de la psychologie humaine.

Il suffit de reconnaître l'ambivalence du patient. Ensuite, c'est lui qui peut trouver les solutions.

Quand l'entretien motivationnel est-il utile ?

Les principes de l'entretien motivationnel peuvent être appliqués à chaque consultation. Il est particulièrement utile lorsque l'engagement du patient est nécessaire pour qu'il conduise un changement de ses habitudes de vie ou prenne mieux en charge sa santé.

Les situations les plus fréquentes sont la perte de poids, le sevrage tabagique et la réduction de la consommation d'alcool. Mais la réussite d'un traitement sur le long terme nécessite aussi l'engagement du patient dans la prise régulière de son traitement.

Selon les essais randomisés, l'entretien motivationnel est plus efficace que la manière habituelle de donner des conseils.

