HAL open science

Étude de l'efficacité pédagogique du Diplôme Universitaire " Pratique de l'entretien motivationnel " de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes par analyse d'entretiens en conditions réelles

Ninon Rouchossé

To cite this version:

Ninon Rouchossé. Étude de l'efficacité pédagogique du Diplôme Universitaire " Pratique de l'entretien motivationnel " de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes par analyse d'entretiens en conditions réelles. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03659816

HAL Id: dumas-03659816

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03659816v1

Submitted on 5 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Ninon ROUCHOSSÉ

le 14/04/2022

TITRE
Etude de l'efficacité pédagogique du Diplôme Universitaire « Pratique de l'entretien motivationnel » de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes par analyse d'entretiens en conditions réelles.

Directeur de thèse : Dr David COSTA

JURY

Président :	Pr AMOUYAL Michel
Assesseurs :	
1er assesseur :	Pr PERNEY Pascal
2ème assesseur :	Dr COSTA David
Membre invité :	BARDE Yannick

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Ninon ROUCHOSSÉ

le 14/04/2022

TITRE
Etude de l'efficacité pédagogique du Diplôme Universitaire « Pratique de l'entretien motivationnel » de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes par analyse d'entretiens en conditions réelles.

Directeur de thèse : Dr David COSTA

JURY

Président :	Pr AMOUYAL Michel
Assesseurs :	
1er assesseur :	Pr PERNEY Pascal
2ème assesseur :	Dr COSTA David
Membre invité :	BARDE Yannick

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROCHEFORT Henri
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SAINT AUBERT Bernard
BLARD Jean-Marie	FRAPIER Jean-Marc	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANCHO-GARNIER Hélène
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MARTY ANE Charles	SANY Jacques
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BOUSQUET Jean	GUILHOU Jean-Jacques	MION Charles	SOLASSOL Claude
BRUEL Jean Michel	GUITER Pierre	MION Henri	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	HEDON berbard	MIRO Luis	VIDAL Jacques
	HERTAULT Jean		VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Docteurs Emerites

PRAT Dominique

BASTIEN Patrick	LARREY Dominique	PUJOL Joseph
BLANC François	LE QUELLEC Alain	
BONAFE Alain	MARES Pierre	
BOULENGER Jean-Philippe	MAUDELONDE Thierry	
BOURREL Gérard	MAURY Michèle	
BRINGER Jacques	MESSNER Patrick	
CLAUSTRES Mireille	MILLAT Bertrand	
COMBE Bernard	MONNIER Louis	
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges	
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian	
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy	
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean	
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François	
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles	
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques	
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain	
JONQUET Olivuer	VOISIN Michel	

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques

COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de readaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de readaptation
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie

DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie

PU-PH de 2ème classe

BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie

LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
RICHARD Bruno	Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prevention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENECéline	Immunologie

MCU-PH de 2éme classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire

DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PANTEL Alix	Bactérologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BERNEX Florence	Physiologie
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1re classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2éme classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

MINET Mathilde

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BRINGER-DEUTSCH Sop	DJANIKIAN Flora	LE MOINE DONY Marie-Christine	RIDOLFO Jérôme
AGUILHON Sylvain	BRINGUIER BRANCHERE	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LETERTRE Simon	RIPART Sylvie
AKKARI Mohamed	BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LOPEZ Régis	RONGIERES Michel
ALRIC Jérôme	BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LUQUIENS Amandine	ROULET Agnès
AMEDRO Pascal	CADE Stéphane	FAUCHERRE Vincent	MANZANERA Cyril	RUBENOVITCH Josh
AMOUROUX Cyril	CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	MARGUERITTE Emmanuel	SANTONI Fannie
ANTOINE Valéry	CARR Julie	FILLERON Anne	MARTIN Lucille	SASSO Milène
ARQUIZAN Caroline	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	MATTATIA Laurent	SCHULDINER Sophie
ATTALIN Vincent	CASPER Thierry	FITENI Frédéric	MEROUEH Fadi	SEGURET Fabienne
AYRIGNAC Xavier	CASSINOTTO Christophe	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SENESSE Pierre
BADR Maliha	CATHALA Philippe	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SERRE Jean-Emmanuel
BAIS Céline	CAZABAN Michel	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SKALLI El Medhi
BARBAR Saber Davide	CHARBIT Jonathan	GENY Christian	MORAU Estelle	SOLA Christelle
BASSET Didier	CHEVALLIER Thierry	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	SOULLIER Camille
BATIFOL Dominique	CHEVALLIER-MICHAUD J	GINIES Patrick	MOSER Camille	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BATTISTELLA Pascal	COLIN Olivier	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	STOEBNER DELBARRE Anne
BAUCHET Luc	CONEJERO Ismael	GUEDJ Anne Marie	MOUTERDE Gaël	TEOT Luc
BELL Ariane	CONSEIL Mathieu	GROSSIN Delphine	PANSARD Nicole	THIRION Marina
BENEZECH Jean-Pierre	CORBEAU Catherine	GUYON Gaël	PERNIN Vincent	TUNEZ Virginie
BENNYS Karim	COROIAN Flavia-Oana	HEDON Christophe	PERRIGAULT Pierre François	VACHIERY-LAHAYE Florence
BERNARD Nathalie	COUDRAY Sarah	HENRY Vincent	PEYRON Pierre-Antoine	VERNES Eric
BERTCHANSKY Ivan	CRANSAC Fréderic	JAMMET Patrick	PICARD Eric	VIALA Maurice
BIBOULET Philippe	CUNTZ Danielle	JEDRYKA François	PICOT Marie Christine	VINCENT Laure
BIRON-ANDREANI Christine	DARDALHON Brigitte	JREIGE Riad	PIERONI Laurence	WAGNER Laurent

BLANC Brigitte	DAVID Aurore	KINNE Mélanie	POQUET Hélène	WALTHER LOUVIER Ulrike
BLANCHARD Sylvie	DE BOUTRAY Marie	LABARIAS Coralie	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BLANCHET Catherine	DE LA TRIBONNIÈRE Xav	LABORDE Caroline	PUPIER Florence	
BLATIERE Véronique	DEBIEN Blaise	LACAMBRE Mathieu	QUANTIN Xavier	
BOBBIA Xavier	DELPONT Marion	LANG Philippe	RAFFARD Laurence	
BOGE Gudrun	DENIS Hélène	LAZERGES Cyril	RAPIDO Francesca	
BOURRAIN Jean Luc	DEVILLE de PERIERE Gil	LE GUILLOU Cédric	RIBRAULT Alice	
BOUYABRINE Hassan	DI CASTRI Alberto	LEGLISE Marie Suzanne	RICHAUD-MOREL Brigitte	

Remerciements

Je remercie le Professeur AMOUYAL et le Professeur PERNEY d'avoir accepté de juger ma thèse. Vos regards sur ce travail m'honorent.

Merci au Dr David COSTA d'avoir dirigé cette thèse, d'organiser le DU Pratique de l'entretien motivationnel et de communiquer sa passion pour l'EM à travers les cours qu'il donne aux internes de Médecine Générale. La découverte de l'EM a été une révolution dans ma jeune carrière de médecin et elle participera, j'en suis certaine, à mon épanouissement professionnel.

Merci à Yannick pour ton aide précieuse, réfléchie et enthousiaste du début à la fin de ce travail et merci d'avoir accepté d'être membre du Jury.

à Sébastien Mas, pour ton regard rigoureux et passionné, qui m'a permis d'orienter rapidement mon travail vers une méthode de qualité.

à Charles Lagaert d'avoir généreusement participé au codage des entretiens.

Merci aux participants à l'étude, pour votre confiance et votre engagement. Merci également aux autres participants du DU et aux enseignants, pour la richesse de nos échanges et la chaleur de ces rencontres, malgré les écrans interposés.

Merci à Léa, pour ton soutien pendant cette course d'obstacles.

A mes proches qui m'ont portée jusqu'à ce moment :

A maman, merci pour ton énergie, ton sens de la persévérance et du travail consciencieux ;

A papa et Patricia, merci de m'avoir soutenue dans les moments les plus difficiles de ces longues études,

A Colin, merci de me supporter depuis ta naissance,

A ma cousine Delphine, merci pour ta relecture attentive et merci pour ton affection,

A Papy René et Mamie Carmen.

A Aude, merci pour notre amitié inébranlable à laquelle j'ai pu me réchauffer si souvent ; à Tat', pour ta loyauté et l'exemple que tu me donnes d'autodiscipline rebelle ; à Gg, dès la deuxième année de médecine à mes côtés, sœur des doutes et des défis ; à Laulau, merci pour ta folie et ton rire de gamine.

Aux Potimarrons : Manon, qui a la fête comme seconde nature ; Maud, notre rayonnante bergère ; Florent, pour toujours le cuisinier chéri ; Colleen, notre mémoire vive ; Benjamin, mon autiste préféré (sans rancune) ; Grace à notre colloc', j'ai surmonté l'externat et ce n'était pas une mince affaire. A Léa V, Lucie, Céline, Léa et Victor, Valentin et Stephane ; Tiphaine et Phil : Que les aventures des Potis continuent !

A Julie et Ambre, pour la meilleure colloc' catalane de tous les temps ;

A la bande d'amis ardéchois, merci de me sortir la tête de la médecine depuis maintenant 10 ans ;

Aux spéléos de Perpignan, merci de m'avoir fait découvrir cette drôle d'occupation, nul doute qu'apprendre à progresser à tâtons m'a aidé à clore ce travail de thèse.

A la Team Urgences Narbonne, que j'ai rencontrée dans la fureur du premier semestre d'internat. Même de loin, on continue à s'épauler.

Aux copains de Mayotte et de la Réunion, qui m'ont mis des palmes au pied et des étoiles dans les yeux.

A Isa et Guigui, merci pour tous les moments partagés et votre amitié. Merci aussi à Enzo, Lucas, Fanny, Hugo, Tibère et Léa de m'avoir fait une place bien douillette dans votre kru.

Merci à la famille Chaudette pour votre convivialité.

A Valentin, merci d'être comme tu es, merci pour ton amour.

Table des matières

I. Introduction 22

1. Définition et fondements de l'Entretien Motivationnel 22

2. Ingrédients de l'EM 23

a) Esprit de l'EM (1) 24

b) Outils en EM 26

c) Processus 27

3. Efficacité et champs d'application 28

4. Formation à l'EM en France 29

5. Evaluation du DU 30

6. Problématique 31

II. Matériels et méthodes 31

1. Type d'étude 31

2. Population et échantillon 32

a) Population étudiée 32

b) Recrutement de l'échantillon 32

c) Critères d'inclusion et de non-inclusion 32

d) Description de l'échantillon 32

3. Critères de jugement 33

a) Critère de jugement principal. 33

b) Critères de jugement secondaires 33

4. Recueil des données : 34

a) Entretiens 34

b) Auto- évaluation 36

5. Codage 37

6. Analyse statistique 38

7. Analyse qualitative des auto-évaluations 38

8. Ethique 39

III. Résultats 39

1. Exclusions à la suite du codage 39

2. Description de la population et des entretiens 40

Caractéristiques des participants 40

Contexte des entretiens 42

Période de réalisation de l'entretien de « Début DU » : 42

3. Scores globaux issus du codage MITI 42

4. Scores composites 44

a) Score technique (TECH) et relationnel (REL) 44

b) Ratio Reflet sur Questions et Pourcentage de reflets complexes 44

c) Comportements adhérents et non-adhérents 45

5. Auto-évaluation 46

a) Scores globaux 46

b) Analyse thématique 49

IV. Discussion 50

1. Discussion de la question de recherche 50

2. Discussion de la méthode 50

a) Forces de la méthode 50

b) Limites de la méthode 51

3. Discussion des résultats 54

a) Amélioration des scores : comparaison à la littérature 54

b) EM or not EM 58

c) Place des comportements non adhérents : Persuader 58

d) Auto-évaluation 60

4. Perspectives 61

Perspectives en recherche 62

Perspectives dans l'enseignement 63

Perspectives pour les soins 63

V. Conclusion 64

Bibliographie 65

Annexes 69

1. Annexe 1 : Fiche d'information et de consentement 70

2. Annexe 2 : Questionnaire de description des participants 74

3. Annexe 3 : Questionnaire d'auto-évaluation 77

4. Annexe 4 : Cartes heuristiques obtenues par analyse thématique des questionnaires d'auto-évaluation 81

5. Annexe 5 : Exemple de retranscription codée 86

RÉSUMÉ 96

Table des figures

Figure 1 : Modèle transthéorique du changement selon Prochaska et Diclemente (7) . 23

Figure 2 Seuils de compétence du MITI 4.2 34

Figure 3 Diagramme de flux de l'échantillon 39

Figure 4 : Description des participants. Expérience : nombre d'années d'exercice dans la profession ; Formation : formation antérieure à l'EM ; Pratique : pratique antérieure à l'EM ; Autres techniques : formation à d'autres techniques d'entretien. 41

Figure 5: Formation et pratique antérieures de l'EM 41

Figure 6: Contexte de l'entretien 42

Figure 7 : Scores globaux. Q1 = premier quartile ; Q3 = troisième quartile ; min = valeur minimale ; max = valeur maximale. 43

Figure 8 : Score CDC. Boxplot. * p-value: 0,048 43

Figure 9 : Score MDM. Boxplot. La croix figure la moyenne. 43

Figure 10 : Score PAR. Boxplot. 43

Figure 11 : Score EMP. Boxplot. 43

Figure 12 : Scores composites Technique et Relationnel et seuils de compétence 44

Figure 13: Scores composites R/Q et %RC 45

Figure 14 : R/Q. Boxplot. 45

Figure 15 : %RC. Boxplot. 45

Figure 16: Adhérence à l'EM. Boxplot. 46

Figure 17 : Non-adhérence à l'EM. Boxplot. 46

Figure 18 : Scores globaux en auto-évaluation 47

Figure 19: Score CDC, auto et hétéro-évaluation. Boxplot 47

Figure 20: Score MDM, auto et hétéro-évaluation. Boxplot 48

Figure 21: Score PAR, auto et hétéro-évaluation. Boxplot. 48

Figure 22: Score EMP, auto et hétéro-évaluation. Boxplot 48

Liste des abréviations et acronymes (par ordre alphabétique)

AFDEM : Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel

AA : Accentuer l'autonomie

auto-CDC : score CDC par auto-évaluation

auto-EMP : score EMP par auto-évaluation

auto-MDM : score MDM par auto-évaluation

auto-PAR : score PAR par auto-évaluation

CC : Chercher la collaboration

CDC : cultiver le discours changement

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CO : Confronter

DU : Diplôme Universitaire

EM : entretien motivationnel

EMP : Empathie

INF : Donner de l'information

MDM : Modérer le discours maintien

MINT : Motivational Interviewing Network of Trainers

MITI : Motivational Interviewing Treatment Integrity

PAPV : Petites Ambivalences Personnelles Vraies

PAR : Partenariat

PE : Persuader

PEP : Persuader avec permission (PEP)

QU : Question

RC : Reflet Complexe

REL : Relationnel (score)

RIPH : Recherche Impliquant la Personne Humaine

RS : Reflet Simple

R/Q : ratio Reflet sur Questions

TECH : Technique (score)

%Adh-EM : pourcentage de comportements adhérents à l'EM

%Nadh-EM : pourcentage de comportements non-adhérents à l'EM

VA : Valoriser

I. Introduction

1. Définition et fondements de l'Entretien Motivationnel

Au cours d'une consultation en médecine générale, le médecin a souvent l'occasion d'aborder avec le patient la racine du problème de santé pour lequel il consulte : le mode de vie et les comportements des personnes sont généralement déterminants dans la prise en charge des maladies chroniques. Pourtant, comment aborder ces sujets délicats et aider la personne à engager un changement bénéfique pour sa santé ?

En réponse à ces questions, Miller et Rollnick ont imaginé une nouvelle technique d'entretien, un style de communication collaboratif et centré sur un objectif, avec une attention particulière au langage de changement, qu'ils ont nommé Entretien Motivationnel (EM) (1).

Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme (1).

L'entretien motivationnel a d'abord été élaboré par William R. Miller psychologue et professeur d'universités aux Etats-Unis dans les années 80, en s'appuyant sur la théorie de Carl Rogers (1959). L'attitude centrée sur la personne et les conditions nécessaires et suffisantes à la relation thérapeutique, l'empathie approfondie et le regard positif inconditionnel en particulier, sont les racines de l'entretien motivationnel (2).

Cela marquait une claire distanciation par rapport aux méthodes thérapeutiques de l'époque, au style plutôt directif et confrontant. Miller a d'abord constaté l'inefficacité de ce style de communication : argumenter contre le statut quo poussait le patient à défendre ce statut quo. Il paraissait plus pertinent de le guider afin qu'il exprime lui-même ses raisons de changer.

Dans le cadre de ses entretiens en addictologie, Miller a développé progressivement une pratique permettant d'évoquer et de renforcer les motivations au changement propres à la personne (« discours changement »), tout en répondant avec empathie au « discours maintien », initialement nommé « résistance » (les arguments qui maintiennent la personne dans le statu quo).

La résolution de l'ambivalence est au cœur du sujet ; « L'ambivalence, c'est vouloir et ne pas vouloir quelque chose simultanément »(1). Miller a établi un lien avec la théorie

de Festinger sur la dissonance cognitive décrite en 1957(3) (4) : quand le comportement d'une personne est en désaccord avec ses croyances, cela crée un état de tension inconfortable que Festinger nommait dissonance (5).

L'EM est apparu en parallèle du développement du modèle transthéorique du changement de Prochaska et Diclemente (6) : l'EM constituait un outil précieux pour les patients aux stades précoces du changement (précontemplation et contemplation).

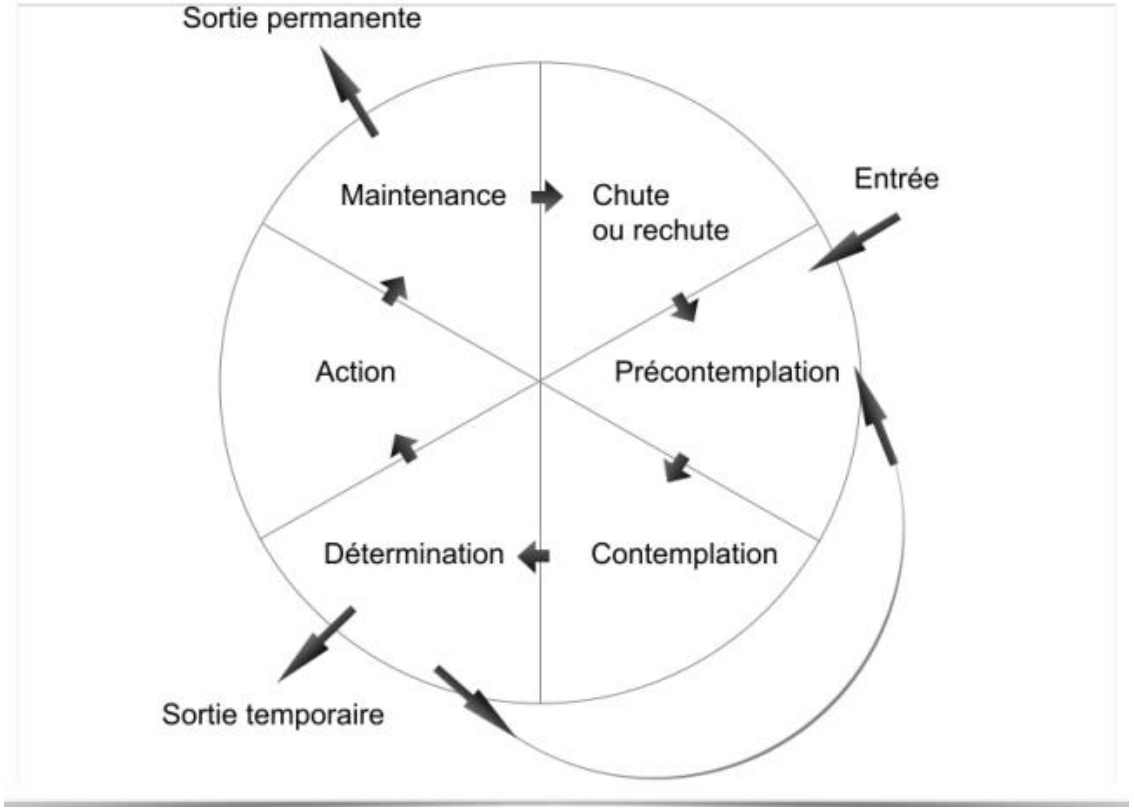


Figure 1 : Modèle transthéorique du changement selon Prochaska et Diclemente (7)

C'est la rencontre de Milller et Stephen Rollnick, psychologue et formateur universitaire britannique, à la fin des années 80,qui a permis l'élaboration concrète de la méthode clinique de l'EM, avec la publication de leur premier ouvrage : « Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior »(8).

2. Ingrédients de l'EM

Quels sont les ingrédients indispensables à l'efficacité de l'EM ?

La recherche sur les mécanismes « actifs » en EM a développé trois pistes :

- les facteurs relationnels, qu'on appelle aussi « **l'esprit de l'EM** » ;

- les facteurs techniques, c'est-à dire l'habileté du professionnel à faire émerger le **discours changement** d'une part, et à nuancer le **discours maintien** d'autre part ;

- enfin, ces facteurs accompagnent les processus de **résolution du conflit décisionnel**, qui constituent le troisième volet de la recherche (9) (10).

De la même façon, je développerai d'abord l'aspect relationnel, puis technique de l'EM avant de présenter les processus que traversent le professionnel et la personne qui s'engagent dans une démarche en EM.

a) Esprit de l'EM (1)

L'esprit de l'EM comporte quatre aspects essentiels : le partenariat, le non-jugement, l'altruisme et l'évocation.

Partenariat :

Le professionnel qui utilise l'EM doit privilégier la collaboration avec la personne qu'il aide : cette personne est l'experte de sa propre vie, de ses valeurs, de ses capacités et de ses préoccupations. Le professionnel la guide vers le changement sans la contraindre. « L'EM, c'est plutôt danser que lutter » (Jeff Allison). Cela suppose d'accepter que les réponses et les solutions ne viennent pas du professionnel, qui perd ainsi sa qualité d'unique expert.

Non-jugement : il est décomposé en quatre parties.

D'abord, on reconnait en EM la **valeur inconditionnelle** de chaque personne. « Quand une personne se sent acceptée comme elle est, elle redevient libre de changer »(1). C'est une vision très proche du regard positif inconditionnel de Rogers.

Vient ensuite **l'empathie approfondie**, qui se définit comme « un effort conscient et actif pour comprendre le point de vue interne de l'autre, pour voir le monde à travers ses yeux »(1). Nous verrons dans la suite de ce travail qu'en plus de comprendre, il faut en faire la démonstration à la personne qu'on écoute.

Du non-jugement découle également le **soutien de l'autonomie** de la personne. C'est un positionnement moral autant que pragmatique : chercher à contraindre une personne, même pour son bien, suscite en elle le désir de restaurer sa liberté. « Cela implique de se défaire une bonne fois pour toutes de l'idée qu'on doit (et peut) faire

changer les gens. Par essence, cela revient à renoncer à une capacité qu'on a en fait jamais détenue »(1). Ce qu'on décrit ici, c'est le « réflexe correcteur », dont apprend à se défaire, souvent avec difficulté, tout soignant qui s'engage dans l'EM.

Le réflexe correcteur est défini par Miller et Rollnick comme « le désir naturel des professionnels de l'aide de remettre en place ce qui ne va pas, d'éviter les dommages et de protéger le client. » (Le terme « client » vient ici directement de l'anglais et qualifie la personne qui bénéficie de l'aide d'un professionnel). Ainsi, l'approche originale de l'EM est de constater que le réflexe correcteur du soignant, qui le pousse par exemple à dire « il faut absolument que vous arrêtiez de fumer », suscite souvent un rejet de la personne vis-à-vis du professionnel, que l'on nommera « résistance » ou discorde. Cette réaction au reflexe correcteur est une facette du « discours maintien » qui interroge plus la qualité de la relation d'aide que le changement cible. En abandonnant le réflexe correcteur, le professionnel fait un pas supplémentaire vers la personne qu'il écoute et lui « rend » son autonomie.

Enfin, le non-jugement s'appuie sur la **valorisation** : on recherche et reconnait les capacités de la personne, au lieu de se focaliser sur ce qui ne va pas chez elle. L'écueil principal est alors l'évaluation positive : on ne cherche pas non plus à apporter notre bénédiction au patient, mais bien à renforcer chez lui la conscience de ses propres forces.

Altruisme

C'est un caractère incontournable de l'EM, afin d'éviter qu'il soit dévoyé à des fins mercantiles. L'EM s'inscrit dans une relation d'aide où la priorité est donnée aux besoins de l'autre. La confiance qu'il engage dans la relation nous confère une responsabilité à son égard.

Evocation

Le rôle du professionnel en EM n'est donc pas d'apporter ses connaissances, ni de chercher, par l'évaluation, ce qu'il manque à la personne pour changer. On part du postulat que c'est la personne elle-même qui détient les clés nécessaires pour résoudre l'ambivalence dans laquelle elle se trouve ; c'est par l'évocation de ses propres ressources, désirs, besoins, valeurs, que le professionnel pourra la faire avancer. La véritable maitrise de l'EM consistera ainsi à refléter explicitement ce que la personne dit implicitement.

b) Outils en EM

Plus une personne résiste (élabore du discours maintien), moins elle s'engage vers un changement. Plus une personne évoque du « discours changement », et en particulier, du discours d ' « engagement » dans le changement, plus elle a de chances d'effectivement changer (par exemple, diminuer sa consommation d'alcool). C'est le psycholinguiste Paul Amrhein en 1992 qui a disséqué les composants du discours changement et a permis d'établir le premier un lien, d'abord entre le discours préparatoire au changement (les besoins, raisons, capacités et désirs de la personne en faveur du changement) et le discours d'engagement vers le changement, puis entre ce discours d'engagement et les résultats cliniques (3).

Ainsi, une pratique adhérente à l'EM augmente de manière significative le discours changement du « client » et diminue le discours maintien (3).

Les cinq outils principaux dont se sert le professionnel au cours d'un entretien motivationnel, afin de travailler sur l'ambivalence avec la personne en respectant l'esprit d'EM, sont :

Les questions ouvertes :

Leur objectif est d'amener la personne à réfléchir et à élaborer.

Valoriser :

Comme décrit plus haut, le professionnel met en exergue les compétences, les bonnes intentions, les efforts déjà faits par la personne. S'attacher à reconnaître les valeurs qui sont chères à la personne est aussi une façon efficace de la valoriser.

Refléter :

L'écoute réflective est fondamentale en EM. Le reflet consiste à faire une hypothèse sur ce que la personne veut dire, de forme affirmative, qui permet, si elle est appropriée, d'approfondir le sujet. Entendre reformuler ce qu'on vient de dire permet de se sentir écouté et compris, mais également de prendre du recul et d'avancer dans la réflexion. Contrairement à l'approche rogérienne, le professionnel en EM reflète les propos de la personne en la guidant vers la direction souhaitée. Il ne s'agit pas d'ignorer le « discours maintien » quand il apparait car cela ne serait pas empathique ; mais l'utilisation des reflets visera alors à nuancer ou modérer le « discours maintien ».

On distingue « Reflet simple » et « Reflet complexe ». Le reflet simple permet à l'intervenant de montrer qu'il a compris la personne ; il peut mettre en évidence une émotion importante, mais ne cherche pas à aller plus loin que le propos original du patient. Le reflet complexe vise au contraire à ajouter une nouvelle direction au propos initial, à mettre en lumière ce qui est implicite (11).

Résumer :

Les résumés sont en fait de longs reflets qui participent à l'écoute active du patient ; ils peuvent permettre de faire le lien entre plusieurs séances, ou de regrouper tout ce qui a été abordé afin de le valoriser.

Informer et conseiller :

Il est possible et parfois adapté d'informer ou de conseiller en EM, mais à condition que cela fasse suite à une demande explicite du patient, ou au moins à sa permission. C'est ce que résume la technique « DDFD » (Demander ce que la personne sait sur un sujet, Demander la permission d'apporter des informations supplémentaires à ce sujet, Fournir ces informations, et Demander ce que la personne en pense). En utilisant cette technique, le professionnel risque moins de chercher à persuader le patient, qui est un comportement contraire à l'EM : il ne s'agit pas de chercher à modifier sa façon de penser, mais d'apporter les informations objectives qui nous paraissent utiles à son cheminement.

c) Processus

Dans la dernière édition de leur livre, Miller et Rollnick mettent au premier plan les quatre processus en jeu dans un entretien motivationnel. Ils se conçoivent comme des marches d'escalier, chaque processus reposant sur les précédents. Avancer trop vite dans la mise en place des processus est source d'échecs ou de retours en arrière.

Engagement dans la relation : il n'est pas spécifique à l'EM puisque toute relation d'aide fructueuse débute ainsi. C'est un prérequis indispensable. Il s'agit d'établir une relation de confiance et de respect mutuels. Miller et Rollnick citent de nombreux pièges plus spécifiques à l'EM à cette étape, qui risquent d'aboutir au désengagement de la personne, notamment celui de l'évaluation (l'interrogatoire exhaustif, les tests…).(1)

Focalisation : Ce stade permet de clarifier la direction que l'on va suivre, le changement que l'on cible. S'y attarder permet d'éviter la focalisation prématurée sur un objectif qui serait celui du professionnel et non de de la personne. Une focalisation prématurée risque de provoquer le désengagement de la relation.

Evocation : Le professionnel fait émerger les propres motivations au changement du patient en utilisant tous les outils décrits plus haut. Ils explorent ensemble les désirs, capacités, besoins et raisons de changer ; ils développent la confiance qu'a la personne dans sa capacité à changer. L'émergence de discours maintien, témoin de l'ambivalence, est accueillie avec empathie et nuancée par le professionnel.

Planification : quand l'évocation a permis de faire pencher la balance en faveur du changement, les questions « quand » et « comment changer » prennent le dessus. Cette phase amène à la formulation d'un plan d'action précis, tout en développant l'engagement dans le changement.

Ces processus peuvent s'entremêler dans une seule consultation ; la mise en place d'un changement dans la vie d'une personne est souvent un long parcours où de nombreux allers-retours entre ces stades peuvent être nécessaires.

3. Efficacité et champs d'application

La pertinence de l'EM a d'abord été mise en évidence dans le champ des addictions. Par exemple, la revue systématique de Dunn et Al en 2001 (12) a montré que l'entretien motivationnel était particulièrement efficace dans le domaine de l'abus de substances, notamment pour améliorer l'engagement dans un traitement plus intensif. Le projet MATCH en 1997 a montré que l'entretien motivationnel obtenait d'aussi bons résultats que la thérapie cognitivo--comportementale (TCC) dans la prise en charge de l'addiction à l'alcool, avec trois fois moins de séances (13). L'entretien motivationnel était plus adapté que la TCC pour la prise en charge des patients en colère (14). Dans un essai contrôlé randomisé en 2001, Sellman et al ont mis en évidence une efficacité supérieure à une approche rogérienne sur la consommation massive d'alcool.

Depuis son élaboration, l'EM n'a cessé d'élargir son champ d'applications dans le domaine des soins primaires : éducation thérapeutique, modification des habitudes de vie dans le cadre des maladies chroniques, etc. Une étude randomisée comparative réalisée par Gourlan et al a montré que l'activité physique chez les adolescents obèses était augmentée par l'ajout de l'EM à un programme cognitivo-comportemental de gestion

du poids (15); de nombreuses méta-analyses ont mis en lumière son efficacité dans divers domaines (16) : l'EM permettrait une réduction significative du poids chez les patients en surpoids ou obèses (17) ; une méta-analyse de 2020 centrée sur l'efficacité de l'EM dans la gestion du poids des femmes (18) aboutissait au même résultat. Berhe et al ont mis en évidence une amélioration du contrôle glycémique chez les patients diabétiques bénéficiant d'une intervention de type EM (19). L'EM améliorait également l'adhésion au traitement des patients selon la méta-analyse de Palacio et al en 2016 (20).

Ces résultats démontrent l'intérêt indiscutable de l'entretien motivationnel dans la pratique de la médecine générale, à l'heure où la prévention est considérée comme cruciale.

Malgré une littérature scientifique riche et encourageante, l'analyse de l'efficacité de l'EM se heurte cependant fréquemment à une grande variabilité de la taille de l'effet, comme le remarquent Miller et Rollnick (1). Ces derniers insistent sur les différences de savoir-faire des cliniciens menant l'EM pour expliquer ce phénomène. Par exemple, la méta-analyse réalisée en 2004 par Hettema et al a montré que la taille de l'effet était réduite de moitié lorsque l'intervention suivait exclusivement un manuel (21). D'après une méta-analyse plus récente de Magill et al, les facteurs inter- et intra-personnels expliquaient au moins partiellement l'hétérogénéité des tailles d'effet (16).

La documentation de la fidélité à l'EM est donc devenue un élément déterminant des études d'efficacité d'une méthode thérapeutique comportementale telle que l'EM (22). En miroir, une formation solide permettant d'acquérir des seuils de compétence spécifiques devient indispensable (23).

4. Formation à l'EM en France

Pourtant, la formation à l'entretien motivationnel reste peu développée en France.

Sa place dans la formation initiale des médecins généralistes est très hétérogène et souvent anecdotique (24).

De nombreuses formations de base ou d'approfondissement sont organisées en France par l'AFDEM (25) ou des organismes de formation professionnelle du domaine médico-social (26) ; elles sont courtes (2 ou 3 jours).

Une thèse réalisée en 2014 a étudié l'impact d'une formation à l'EM courte, sur 3 jours, sur des internes en médecine générale. D'après l'analyse qualitative, « pour augmenter encore leur confiance dans leur compétence à prendre en charge des patients nécessitant un changement de comportement, les internes ont déclaré avoir besoin de plus d'expérience en médecine générale, de plus de pratique de l'EM, de plus de formations. »(27)

Il a en effet été montré qu'une formation plus longue, associée à un encadrement et une supervision personnalisés, est plus efficace pour acquérir de manière durable les compétences nécessaires à l'entretien motivationnel (28,29). En conséquence, les programmes de formation à l'EM dans le monde intègrent de plus en plus de sessions d'encadrement et de supervision personnalisés (coaching and feedback) (30).

Le diplôme universitaire (DU) « Pratique de l'entretien motivationnel » de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes est à notre connaissance le seul à ce jour en France à proposer un enseignement par sessions de deux jours par mois pendant six mois, d'un total de 81 heures. Son objectif est de rendre les étudiants « capables de mener un entretien motivationnel en situation professionnelle et d'accompagner une personne dans le changement ».

5. Evaluation du DU

Cet objectif est-il atteint ?

Une thèse réalisée en 2016 par Dr Laval (31) avait étudié l'efficacité pédagogique du DU. Leur critère de jugement principal était le taux de comportements adhérents à l'EM, selon une grille MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity) modifiée, en évaluant les entretiens pré- et post-DU avec des actrices dans le rôle de patients. Après la formation, deux tiers des étudiants atteignaient le seuil de compétence de base concernant le taux de comportements adhérents à l'EM. Les taux de questions ouvertes et de reflets complexes s'amélioraient également de manière significative au cours du DU.

Le MITI est la grille d'évaluation la plus utilisée dans les études d'efficacité comme dans les études sur la formation pour documenter la fidélité à l'EM (32). La dernière version, le MITI 4.2, a été créée en 2015 ; le MITI 4.2 a été évalué dans quatre études qui ont permis d'établir sa validité et sa fiabilité (22) et s'appuie sur les versions précédentes, notamment le MITI 4 (33). Sa large utilisation, sa reproductibilité et son exhaustivité sur les principes de l'EM sont ses forces principales (32).

Par ailleurs, Miller et Rollnick soulignent que « l'observation de la pratique réelle est essentielle pour assurer la qualité et pour documenter la fidélité. »(1)

Decker et al ont montré que l'évaluation de la compétence en EM est significativement différente quand il s'agit d'entretiens réels par rapport à des entretiens simulés avec un acteur. Les praticiens étaient plus performants quand il s'agissait d'entretiens simulés.(34)

6. Problématique

Une formation longue de type DU permet-elle aux étudiants d'acquérir des compétences en entretien motivationnel dans leur pratique réelle ?

Pour répondre à cette question, il nous a paru pertinent de réaliser une nouvelle analyse de l'efficacité pédagogique du DU, à partir d'entretiens réalisés en conditions réelles et non simulés, et en utilisant la version actualisée et validée du MITI. Afin d'analyser précisément la progression des étudiants au cours du DU, nous avons comparé les entretiens réalisés en première partie du DU (entre la première et la troisième session du DU) et les entretiens réalisés en fin de DU.

Notre hypothèse de recherche était : les étudiants du DU s'améliorent de façon significative entre la première partie du DU et la fin du DU, quand on les évalue selon la grille MITI sur des entretiens réalisés en conditions réelles.

L'objectif principal était d'analyser la progression des compétences en EM des étudiants au cours du DU.

Les objectifs secondaires étaient :

- D'analyser la compétence des étudiants à s'auto-évaluer.
- De repérer des compétences insuffisamment acquises à l'issue du DU

II. Matériels et méthodes

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude comparative observationnelle.

Nous avons comparé des entretiens réalisés par les participants en conditions réelles en début de DU, c'est-à-dire après la première session et avant la troisième session, avec

des entretiens réalisés dans les mêmes conditions à la fin du DU, peu après la dernière session, chez les mêmes participants, afin d'analyser leur progression individuelle.

2. Population et échantillon

a) Population étudiée

Les personnes admises au DU sont des professionnels en exercice ou en formation qui accompagnent des personnes dans une démarche de changement bénéfique à leur santé ou leur bien-être (professionnels de santé, secteur médico-social, etc.). Sont exclus de la formation les professionnels dont l'objectif est mercantile (lettre de motivation et CV exigés pour l'inscription).

b) Recrutement de l'échantillon

L'ensemble des étudiants au DU a été invité à se porter volontaire pour participer à l'étude dans une intervention orale lors d'une session du DU, puis par l'intermédiaire d'emails.

c) Critères d'inclusion et de non-inclusion

Etaient inclus dans l'étude les étudiants se portant volontaires pour participer à l'étude après avoir pris connaissance des modalités de la recherche.

Les étudiants ne pouvant pas fournir deux enregistrements d'entretiens réalisés sur les périodes déterminées dans l'étude et recueillis avec le consentement signé de la personne interviewée n'ont pas été inclus.

Ont été exclus après codage les étudiants dont un ou les deux entretiens ne remplissaient pas les conditions nécessaires à l'utilisation appropriée de la grille MITI (détaillées plus bas.)

d) Description de l'échantillon

Les participants ont rempli un questionnaire permettant de connaitre leur âge, sexe, métier, formations antérieures à l'EM, utilisation antérieure de l'EM dans leur pratique professionnelle, et formations antérieures à d'autres techniques d'entretien. (cf Annexe 2 : Questionnaire de description des participants)

3. Critères de jugement

a) Critère de jugement principal.

Le critère de jugement principal était composé des quatre scores globaux du MITI allant de 1 à 5, déterminés par un binôme d'évaluateurs pour chaque entretien.

Ils ont pour but de donner une idée globale de la qualité de l'entretien suivant quatre composantes majeures :

Deux étant qualifiées de « techniques » (TECH)(11) :

- La capacité à cultiver le discours changement (CDC) : « Cette échelle mesure à quel point le clinicien encourage activement l'émergence du langage du patient en faveur du changement cible, ainsi que la confiance du patient en sa capacité à changer. »
- La capacité à modérer le discours maintien (MDM) ; « Cette échelle mesure à quel point le clinicien évite de se centrer sur les raisons de ne pas changer ou de maintenir le statu quo. »

Deux qualifiées de « relationnelles » (REL) (11):

- Le partenariat (PAR) que met en place le participant avec la personne interviewée ; « Cette échelle mesure à quel point le clinicien place le patient comme celui qui détient prioritairement l'expertise et la sagesse liées au changement. »
- L'empathie (EMP) dont il fait preuve. Cette échelle mesure à quel point le clinicien comprend ou fait l'effort de saisir le point de vue et le vécu du patient.

b) Critères de jugement secondaires

- La seconde partie du MITI : le décompte des comportements, scoré par un seul des deux évaluateurs.

Sont relevés : Les comportements adhérents à l'EM (Valoriser, chercher la collaboration, accentuer l'autonomie) ; Les comportements non-adhérents à l'EM (Persuader, confronter) ;

A partir de ce décompte, sont calculés : les scores composites, à savoir le pourcentage de comportements adhérents (%Adh-EM) et non-adhérents (%Nadh-EM) ; le pourcentage de reflets complexes (RC) ; et le ratio Reflet/Questions (R/Q).

Les résultats obtenus ont été comparés aux seuils de compétence de base et de maitrise décrits dans le MITI 4.2(11) :

	Suffisant (compétence de base) *	Bon (maitrise) *
Score composite Relationnel	4	5
Score composite Technique	3	4
Pourcentage de Reflets Complexes (%RC)	40%	50%
Rapport Reflets / Questions (R/Q)	1:1	2:1

Figure 2 Seuils de compétence du MITI 4.2

- Auto-évaluation par les participants de leurs propres entretiens :

Les participants ont été invités à analyser leurs entretiens en les scorant selon les mêmes scores globaux du MITI (auto-CDC, auto-MDM, auto-PAR, auto-EMP) ; leur ressenti des points forts et des points faibles de leurs entretiens a été recueilli.

4. Recueil des données :

a) Entretiens

Personne interviewée :

Les participants ont enregistré à l'aide de leur smartphone ou dictaphone un entretien réalisé avec une personne majeure et volontaire pour bénéficier d'un entretien motivationnel « réel » pour une raison qui lui était propre, recrutée dans le milieu professionnel (patients, collègues) ou personnel (proches) de l'étudiant au DU.

La personne interviewée avait pris connaissance de la fiche d'information (cf *Annexe 1 : Fiche d'information et de consentement*) et donné son consentement oral et écrit pour la participation à l'étude et l'enregistrement de l'entretien.

La personne interviewée pouvait retirer son consentement après la réalisation de l'entretien.

Les deux entretiens de chaque participant pouvaient avoir lieu avec deux personnes interviewées différentes.

Temps

Le Temps 1 correspond à la période de début de DU : entre la fin de la première session et la troisième session de DU, soit entre le 15 novembre 2020 et le 15 janvier 2021. Ainsi, les entretiens de début de DU ont pu être réalisés après une ou deux sessions selon les participants.

Le Temps 2 correspond à la période de fin de DU : dans un délai de six semaines après la dernière session, soit entre le 10 avril et le 21 mai 2021.

Durée de l'entretien :

Au Temps 1, les participants devaient sélectionner 20 à 30 minutes d'entretien.

Finalement afin d'homogénéiser les durées, nous avons sélectionné de manière aléatoire vingt minutes continues sur l'échantillon donné par les étudiants ;

Au Temps 2, les participants devaient sélectionner 20 minutes d'entretien.

Cette durée a été choisie car le MITI 4.2 a été conçu pour des entretiens de cette longueur (11).

Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits mot pour mot par la doctorante au Temps 1. Au Temps 2, certaines retranscriptions ont été réalisées par les participants eux-mêmes lorsque l'entretien utilisé était le même que celui servant à la validation du DU ; dans ce cas, elles ont été relues et corrigées afin de les homogénéiser.

Les dates et les noms ont été effacés des retranscriptions et des enregistrements à l'aide du logiciel *Audacity.*

Anonymisation et randomisation

Les entretiens des Temps 1 et Temps 2 ont été anonymisés et randomisés avant leur transmission au binôme codeur.

b) Auto- évaluation

Pour les deux entretiens, les participants devaient remplir un questionnaire d'auto-évaluation (*cf* Annexe 3 : Questionnaire d'auto-évaluation) le plus rapidement possible après la réalisation de l'entretien (moins d'un mois). Celui-ci permettait de connaitre :

- Le cadre de réalisation de l'entretien : personnel ou professionnel
- L'adéquation de l'entretien avec l'utilisation du MITI :

En effet, dans le MITI 4.2 il est précisé que la grille de codage a été conçue pour un entretien visant un changement de comportement précis. Il était demandé au participant si l'objectif du changement était un changement de comportement (identifié, précis) ou une prise de décision ou un objectif non comportemental, afin de repérer éventuellement les entretiens non adaptés à l'utilisation du MITI.

- Le changement-cible : l'information était transmise au binôme codeur en même temps que l'entretien afin de faciliter la bonne compréhension de la séquence.
- Leur propre évaluation de leur entretien selon les 4 scores globaux du MITI, avec échelle de Likert détaillée issue du MITI 4.2 version française, afin de les aider à comprendre le fonctionnement du score.

Exemple :

Empathie (EMP)

Faible				Elevé
1	2	3	4	5
Le clinicien n'accorde pas ou peu d'attention à la perspective du patient	Le clinicien fait quelques efforts sporadiques pour explorer le point de vue du patient. La compréhension du clinicien peut être inexacte ou incomplète	Le clinicien tente activement de comprendre la perspective du patient, avec un succès modeste	Le clinicien déploie des efforts actifs et répétés pour comprendre le point de vue du patient. Il fait preuve d'une compréhension correcte de la vision du patient, la compréhension étant toutefois limitée au contenu explicite	Le clinicien fait preuve d'une compréhension approfondie du point de vue du patient, non seulement de ce qui été dit explicitement mais aussi de ce que le patient veut dire et n'a pas encore dit

- Les forces et faiblesses de leur entretien, via des questions ouvertes inspirées directement du « Formulaire normalisé de réflexion à propos de l'entretien avec le patient » élaboré par le MINT (Motivational Interviewing Network of Trainers, réseau international de formateurs en EM).

5. Codage

Les entretiens randomisés et anonymisés ont été transmis à un binôme de chercheurs (YBC et CL) professionnels de santé, formateurs en EM et formés à l'utilisation de la grille MITI 4.2 pour le codage et la supervision par l'AFDEM.

Les deux chercheurs ont analysé les entretiens grâce aux retranscriptions écrites, complétées en cas d'hésitation par l'écoute audio. Après avoir attribué une cotation sur les quatre scores globaux, ils ont confronté leurs résultats afin de discuter d'éventuels écarts.

Après concertation, chaque entretien s'est vu attribué quatre scores globaux définitifs, ou a été exclu de l'analyse pour non-adéquation à la grille MITI (cf *Exclusions à la suite du codage).*

Le décompte des comportements a été réalisé par un des deux chercheurs, sur chaque entretien. Voici l'ensemble des comportements décomptés :

- Donner de l'information (INF)
- Persuader (PE)
- Persuader avec permission (PEP)
- Question (QU)
- Reflet simple (RS)
- Reflet complexe (RC)
- Valoriser (VA)
- Chercher la collaboration (CC)
- Accentuer l'autonomie (AA)
- Confronter (CO)

Les détails du codage de ces comportements sont donnés dans la description du MITI 4.2 (11) et ne sont par conséquent pas détaillés ici. Un exemple de retranscription codée est proposé en Annexe 5.

Les scores globaux et le décompte des comportements ont été reportés dans un tableau Excel, et les scores composites des critères de jugement secondaires calculés comme suit :

- Les comportements adhérents à l'EM (« Adh-EM ») sont : Valoriser, Chercher la collaboration, Accentuer l'autonomie. Donc « Adh-EM » est calculé ainsi : « VA + CC + AA ».
- Les comportements non adhérents à l'EM (« Nadh-EM ») sont : Persuader, Confronter. Donc « Nadh-EM » est calculé ainsi : « PE + CO ».
- Le pourcentage de comportements adhérents à l'EM est calculé ainsi : « %Adh-EM » : Adh-EM/ (Adh-EM + Nadh-EM)
- Le pourcentage de comportements non-adhérents à l'EM est calculé ainsi : « % Nadh-EM » : Nadh-EM / (Adh-EM + Nadh-EM).

- Le pourcentage de reflets complexes est calculé ainsi : RC/ (RS+RC)
- Le ratio Reflets sur Questions est calculé ainsi : (RS+RC) /QU

- Le score composite TECH pour « technique » correspond à la moyenne des deux scores globaux techniques décrits plus haut. Il est donc calculé ainsi : (CDC+MDM) /2.

- Le score composite REL pour « relationnel » correspond à la moyenne des deux scores globaux relationnels décrits plus haut. Il est donc calcul ainsi : (PAR+EMP) /2.

6. Analyse statistique

Nous avons utilisé le logiciel en ligne BiostaTGV.

La taille de l'échantillon était inférieure à 30 et l'échantillon ne suivait pas une loi normale ; nous avons donc utilisé un test des rangs signés de Wilcoxon pour données appariées. Une p-value inférieure à 0,05 permettait de rejeter l'hypothèse H0 selon laquelle il n'y aurait pas d'amélioration significative des scores des participants.

7. Analyse qualitative des auto-évaluations

Nous avons procédé à une analyse thématique des réponses textuelles aux questionnaires d'auto-évaluations.

Les scores globaux d'auto-évaluation ont également été comparés entre eux et avec les scores obtenus par le binôme de chercheurs codeurs.

8. Ethique

Le consentement oral et écrit des participants au DU et des personnes interviewées a été recueilli.

L'analyse d'impact et la lettre d'engagement à la norme MR004 a été transmise et validée par le Délégué à la Protection des données de l'Université de Montpellier. Le délégué à la protection des données les a transmises à la CNIL.

Il s'agit d'une étude non-RIPH. Le comité d'éthique du CNGE n'a pas souhaité donner d'avis rétrospectif sur le déroulement de la recherche. Il rappelle qu'un avis éthique n'est pas obligatoire concernant les études non-RIPH.

III. Résultats

1. Exclusions à la suite du codage

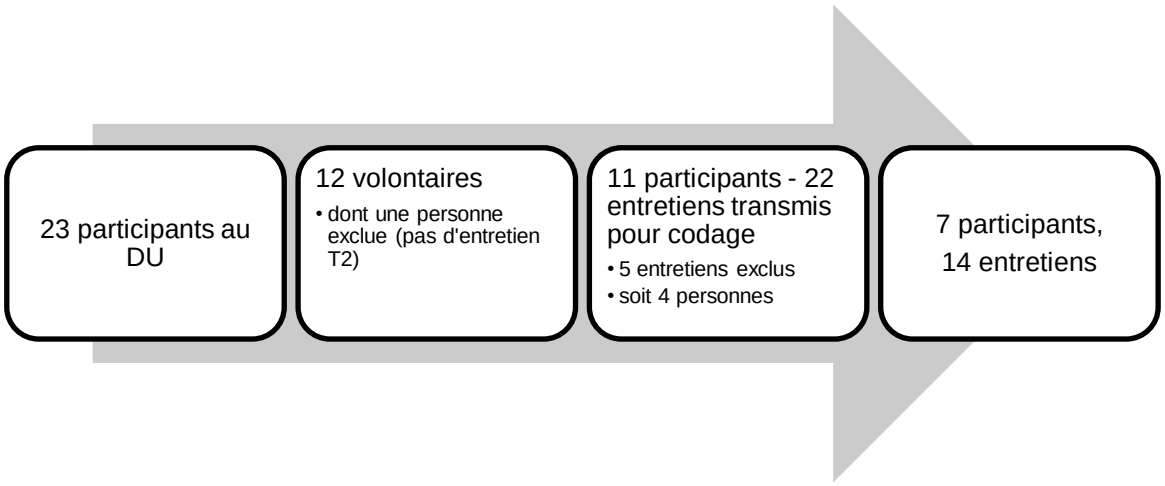


Figure 3 Diagramme de flux de l'échantillon

12 étudiants sur les 23 participants au DU se sont portés volontaires à l'étude.

Un étudiant n'a pas pu fournir d'entretien au temps T2 et n'a donc pas été inclus.

22 entretiens ont donc été transmis pour analyse au binôme codeur.

À la suite de l'écoute des entretiens, 4 entretiens ont posé un problème aux chercheurs car ils ne relevaient pas selon eux d'un codage selon la grille MITI :

- 2 entretiens ont été réalisés par la même personne. L'analyse MITI était impraticable car aucun changement de comportement précis n'était clairement identifié. Il faut relever que la personne concernée l'avait signalé dans l'auto-évaluation de ses entretiens : elle qualifiait le changement cible au Temps 1 de « prise de décision » et au Temps 2 de « changement non comportemental » ; dans la description du MITI 4.2, il est signalé que ces cas de figure ne se prêtent pas de manière adéquate à une analyse selon la grille de codage MITI. Autrement dit, si le changement cible n'est pas un objectif comportemental précis et bien identifié, il devient laborieux pour les codeurs de repérer ce qui relève du discours changement et ce qui relève du discours maintien.
- Un entretien réalisé au Temps 1 a été exclu de l'analyse par les codeurs du fait de l'absence d'un changement cible précis et identifié ;
- Deux entretiens réalisés respectivement par deux autres personnes au Temps 2 ont été également exclus de l'analyse pour des raisons similaires : absence de changement cible explicite et absence d'ambivalence.

Au total, du fait d'une méthode avec groupes appariés, quatre personnes ont été exclues de l'analyse dont les résultats sont présentés ci-dessous.

Sept personnes ont été incluses dans l'analyse. Le diagramme de flux de l'échantillon est représenté dans la Figure 3.

2. Description de la population et des entretiens

Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants sont rapportées dans la figure 4.

Participant	Sexe	Age	Profession	Expérience	Formation	Pratique	Autres techniques
1	H	42	Infirmier(e)	[5-10]	OUI	OUI	OUI
2	F	43	Infirmier(e)	[15+]	OUI	NON	OUI
3	F	64	Infirmier(e) tabacologue	[10-15]	OUI	OUI	NON
4	F	46	Infirmier(e)	[15+]	OUI	OUI	NON
5	F	28	Médecin généraliste	[0-1]	OUI	NON	NON
6	F	46	Médecin généraliste	[10-15]	OUI	OUI	NON
7	H	28	Médecin généraliste interne	[0-1]	NON	NON	NON

Figure 4 : Description des participants. Expérience : nombre d'années d'exercice dans la profession ; Formation : formation antérieure à l'EM ; Pratique : pratique antérieure à l'EM ; Autres techniques : formation à d'autres techniques d'entretien.

L'échantillon était constitué en majorité de femmes (5 femmes pour 2 hommes).

La moyenne d'âge était de 42,4 ans, la médiane de 43 ans.

La profession des participants se répartissait de manière quasi équivalente entre infirmier(e) et médecin généraliste.

L'expérience des participants dans leur profession était variable. Deux participants avaient plus de quinze ans d'expérience dans leur profession.

Nombre de participants	PRATIQUE L'EM		
FORMATION PREALABLE	NON	OUI	Total
NON	1	0	1
OUI	2	4	6
Total	3	4	7

Figure 5: Formation et pratique antérieures de l'EM

Le profil des participants était varié concernant leur formation préalable à l'EM et leur pratique antérieure de l'EM (Figure 5). La majorité des participants (6 sur 7) avait

bénéficié d'une formation antérieure ; il s'agissait de sessions d'initiation à l'EM variant de 2 à 7 heures.

La formation préalable était une condition nécessaire mais non suffisante pour la pratique de l'EM. Tous les participants qui signalaient une pratique de l'EM antérieure à la participation au DU la qualifiaient de « sporadique », irrégulière. Concernant les formations à d'autres techniques d'entretien, deux participants avaient réalisé une formation en éducation thérapeutique.

Contexte des entretiens

Contexte de l'entretien	Début DU	Fin DU
Professionnel	4	6
Personnel	3	1
TOTAL	7	7

Figure 6: Contexte de l'entretien

Le contexte de réalisation de l'entretien a varié au cours du DU (Figure 6) : pour l'entretien de fin de DU, 86% des étudiants (6 sur 7) l'ont enregistré dans un cadre professionnel, contre 57% au début du DU (4 sur 7).

Période de réalisation de l'entretien de « Début DU » :

Sur les 7 participants inclus, 6 ont réalisé leur entretien de début de DU après les deux sessions dites d'initiation, et une personne l'a réalisé après une seule session d'initiation.

3. Scores globaux issus du codage MITI

Les résultats des scores globaux issus du codage MITI sont reportés dans la Figure 7 et représentés sous forme de Box-plot dans les Figures 8, 9, 10, et 11.

Ils sont décrits avec leur médiane, premier et troisième quartiles, minimum et maximum. Le premier quartile représente 25% des données inférieures ou égales à cette valeur. Le troisième quartile représente 75% des données inférieures ou égales à cette valeur.

Score global MITI	Début DU : Médiane (Q1 ; Q3) [min,max]	Fin DU : Médiane (Q1 ; Q3) [min,max]	p-value
CDC	3 (3 ; 3) [2, 3]	4 (3,5 ; 4) [3, 4]	**0,048***
MDM	3 (3 ; 3) [2, 4]	4 (3,5 ; 4) [3, 4]	0,120
PAR	3 (2,5 ; 4) [2, 4]	4 (3,5 ; 4) [2, 5]	0,265
EMP	3 (3 ; 3,5) [2, 4]	4 (4 ; 5) [2, 5]	0,053

Figure 7 : Scores globaux. Q1 = premier quartile ; Q3 = troisième quartile ; min = valeur minimale ; max = valeur maximale.

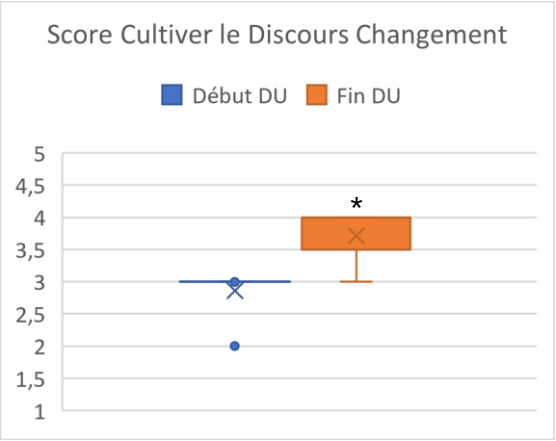


*Figure 8 : Score CDC. Boxplot. * p-value: 0,048*

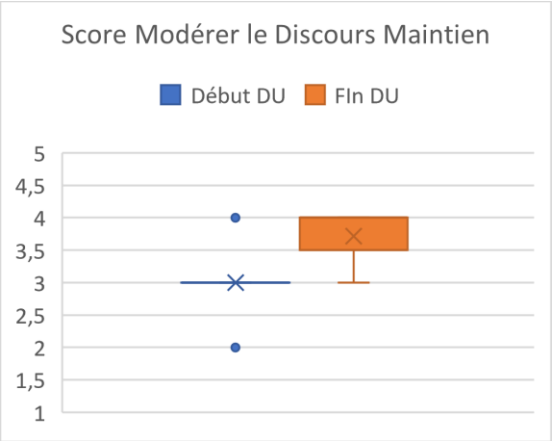


Figure 9 : Score MDM. Boxplot. La croix figure la moyenne.

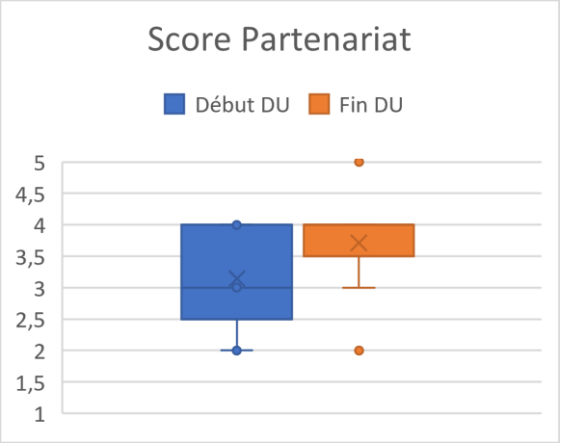


Figure 10 : Score PAR. Boxplot.

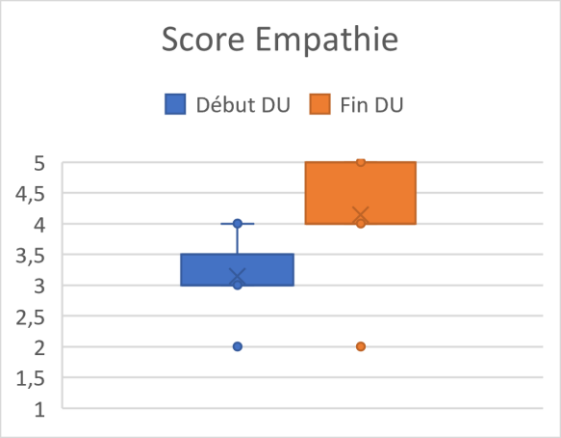


Figure 11 : Score EMP. Boxplot.

Le score « Cultiver le discours changement » a augmenté de façon significative (p-value < 0,05) et est passé d'une médiane de 3 en début de DU, à 4 en fin de DU. Les scores « Modérer le discours maintien » et « Empathie » ont eu tendance à augmenter en fin de DU.

4. Scores composites

a) Score technique (TECH) et relationnel (REL)

Leurs valeurs sont reportées dans la Figure 12, et mises en correspondance avec les seuils de compétence attendus selon le MITI 4.2 (cf b)Critères de jugement secondaires).

Scores	Début DU		Fin DU		p-value
	Médiane [Q1 ; Q3]	Seuil de compétence	Médiane [Q1 ; Q3]	Seuil de compétence	
TECHNIQUE	3,00 [2,75 ;3]	BASE	4,00 [3,50 ; 4]	MAITRISE	0,056
RELATIONNEL	3,50 [2,75 ; 3,50]	INSUFFISANT	4,00 [3,75 ; 4,50]	BASE	0,053

Figure 12 : Scores composites Technique et Relationnel et seuils de compétence

Le score TECH est la moyenne des scores CDC et MDM tandis que le score REL est la moyenne des scores PAR et EMP. Ils ont donc eu tendance à augmenter également au cours du DU. La médiane du score technique est passée d'un seuil de compétence « de base » ou « suffisant », à un seuil de compétence « maitrise » ou « bon ». La médiane du score relationnel, qui correspondait à un seuil de compétence insuffisant au début du DU, est devenue « suffisante » à la fin du DU.

b) Ratio Reflet sur Questions et Pourcentage de reflets complexes

Les scores composites « Reflets sur Questions » (R/Q) et « Pourcentage de reflets complexes » (% RC) représentent l'intensité avec laquelle le participant utilise les outils de l'EM. Leurs valeurs sont rapportées dans la Figure 13 et les médianes mises en correspondance avec les seuils de compétence tels que définis par le MITI 4.2 (cf b)Critères de jugement secondaires). Elles sont représentées sous forme de Boxplot dans les Figures 14 et 15.

Scores	Début DU		Fin DU		p-value
	Médiane [Q1 ; Q3]	Seuil de compétence	Médiane [Q1 ; Q3]	Seuil de compétence	
R/Q	1,10 [0,74 ; 1,13]	BASE	2,75 [1,69 ; 3,00]	MAITRISE	0,031*
%RC	50% [41 ; 72]	MAITRISE	75% [61 ; 80]	MAITRISE	0,176

Figure 13: Scores composites R/Q et %RC

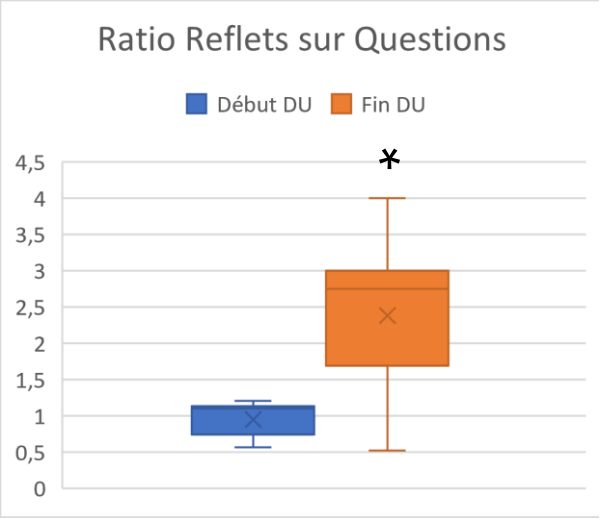


Figure 14 : R/Q. Boxplot.

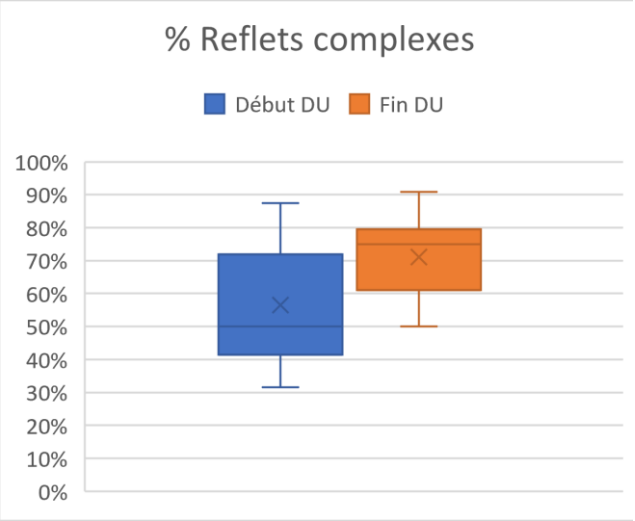


Figure 15 : %RC. Boxplot.

Le ratio « Reflets sur Questions » a augmenté de façon significative au cours du DU et 50% de l'échantillon a atteint le seuil de compétence « de maitrise » (R/Q supérieur ou égal à 2) sur cet item à la fin du DU, versus aucun au début.

Le « pourcentage de reflets complexes », qu'on peut analyser comme une approximation de la profondeur avec laquelle le participant écoute son interlocuteur, a eu tendance à augmenter également, mais cette hausse n'est pas statistiquement significative. A la fin du DU, la totalité de l'échantillon a atteint le seuil de compétence « de maitrise » (au moins 50% de reflets complexes).

c) Comportements adhérents et non-adhérents

Les pourcentages d'adhérence à l'EM et de non-adhérence à l'EM sont représentés sous forme de boxplots dans les Figure 16 et 17.

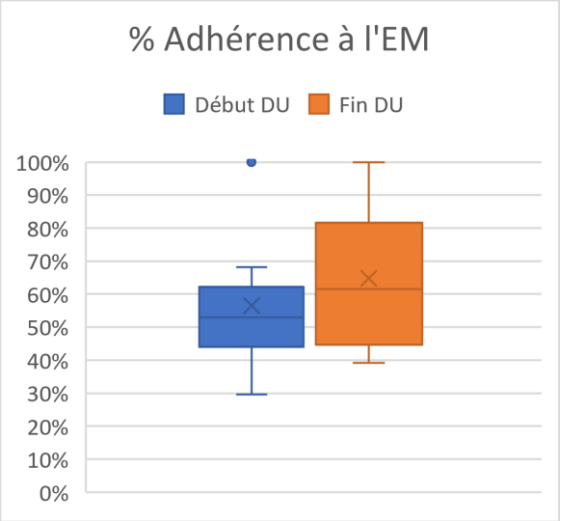


Figure 16: Adhérence à l'EM. Boxplot.

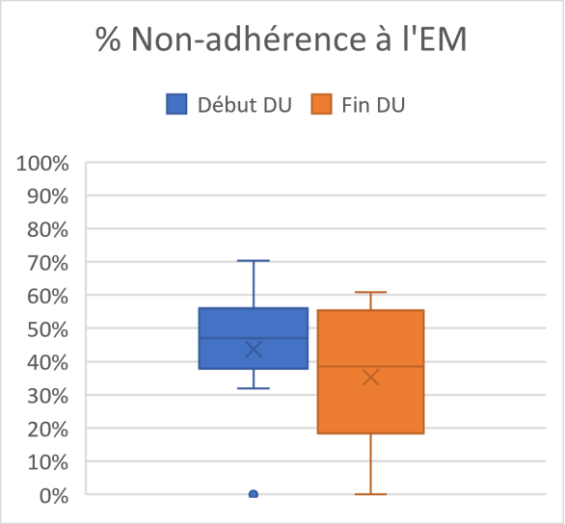


Figure 17 : Non-adhérence à l'EM. Boxplot.

La médiane du pourcentage d'adhérence à l'EM est passée de 53% (44 ;62) au début du DU à 62% (45 ;82) à la fin du DU. Cette augmentation n'est pas statistiquement significative.

La médiane du pourcentage de non-adhérence à l'EM est passée de 47% (38 ;56) au début du DU à 38% (18 ;55) à la fin du DU. Cette baisse n'est pas statistiquement significative.

Ces résultats sont commentés en discussion (cf Place des comportements non adhérents : Persuader).

5. Auto-évaluation

a) Scores globaux

Les résultats des scores globaux obtenus par auto-évaluation des participants sont reportés dans la Figure 18 et représentés sous forme de Box-plot dans les Figures 19, 20, 21 et 22, en comparaison avec les scores globaux obtenus par le binôme de chercheurs (« hétéroévaluation »).

Score global d'auto-évaluation	Début DU : Médiane (Q1 ; Q3) [min, max]	Fin DU : Médiane (Q1 ; Q3) [min, max]	p-value
Auto-CDC	2 (2 ; 3) [2, 3]	4 (4 ; 4) [3, 5]	**0,019 ***
Auto-MDM	3 (3 ; 3,5) [3, 4]	4 (3,5 ;4,5) [3, 5]	0,089
Auto-PAR	3 (3 ;3) [3, 4]	4 (4 ; 4,5) [4, 5]	**0,015 ***
Auto-EMP	4 (3,5 ; 4) [3, 4]	4 (4 ;4) [4 ;5]	0,371

Figure 18 : Scores globaux en auto-évaluation

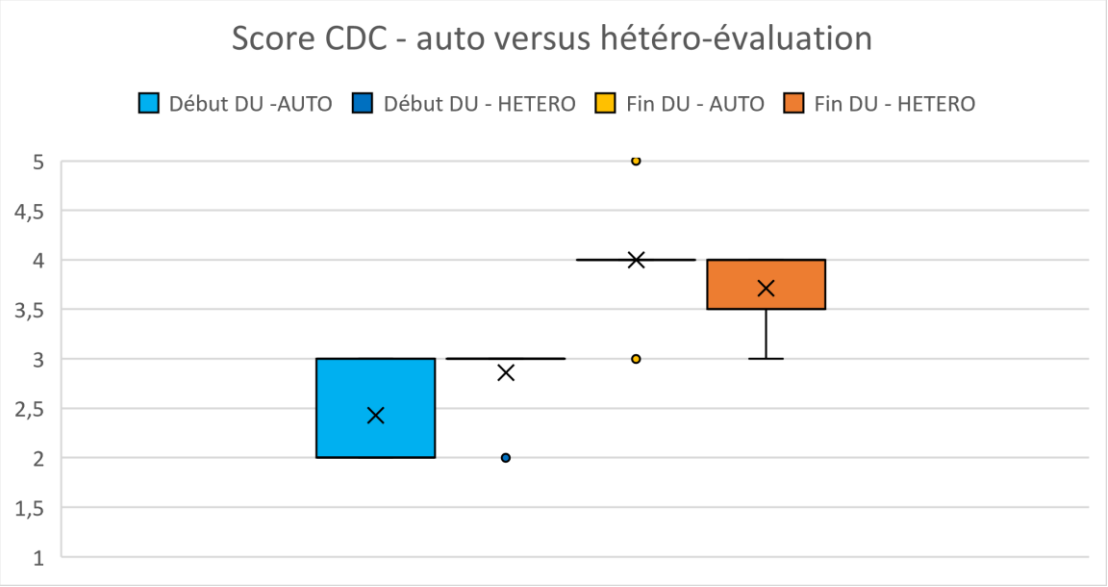


Figure 19: Score CDC, auto et hétéro-évaluation. Boxplot

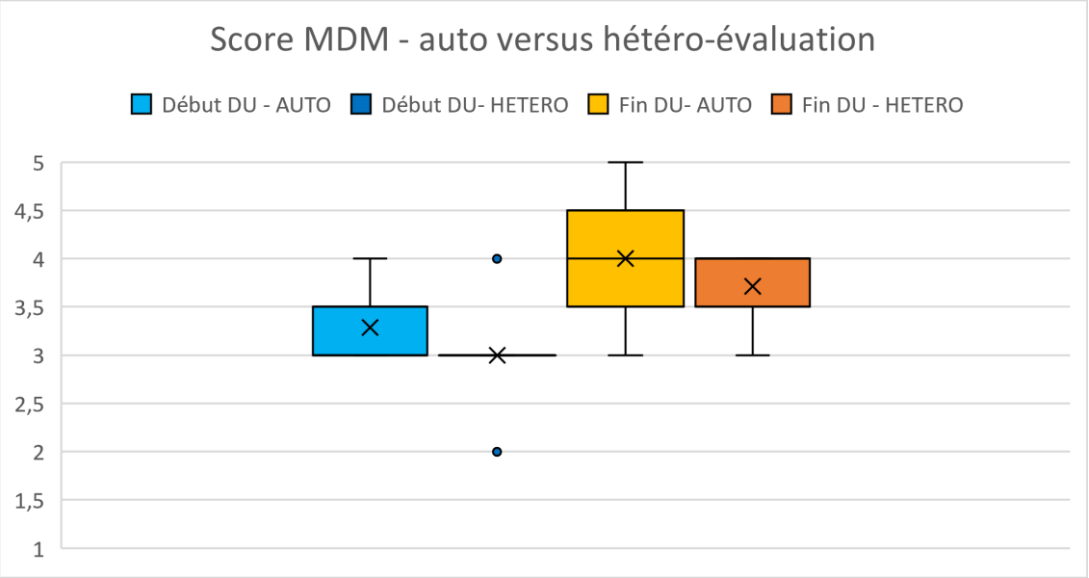


Figure 20: Score MDM, auto et hétéro-évaluation. Boxplot

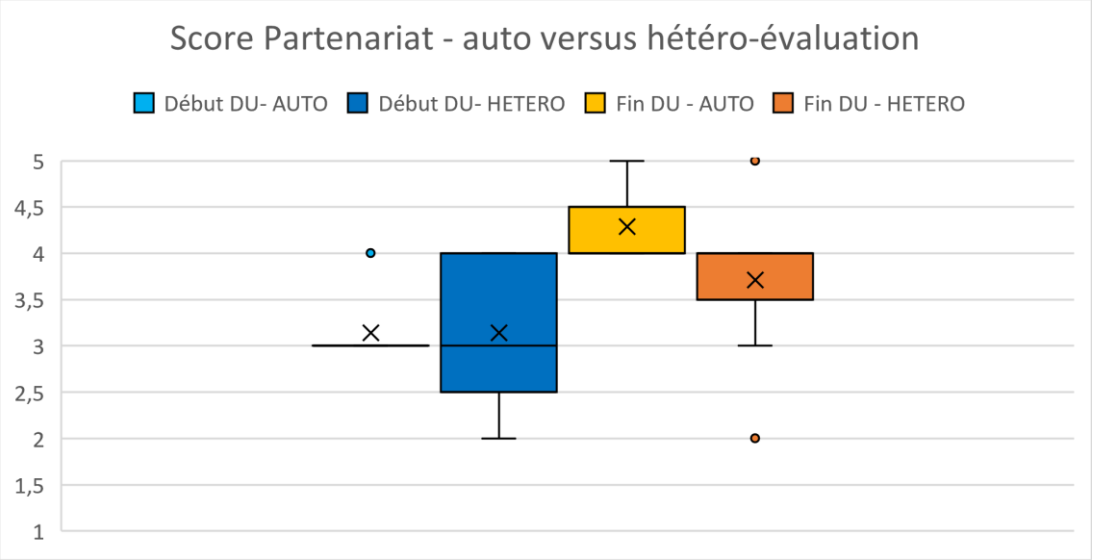


Figure 21: Score PAR, auto et hétéro-évaluation. Boxplot.

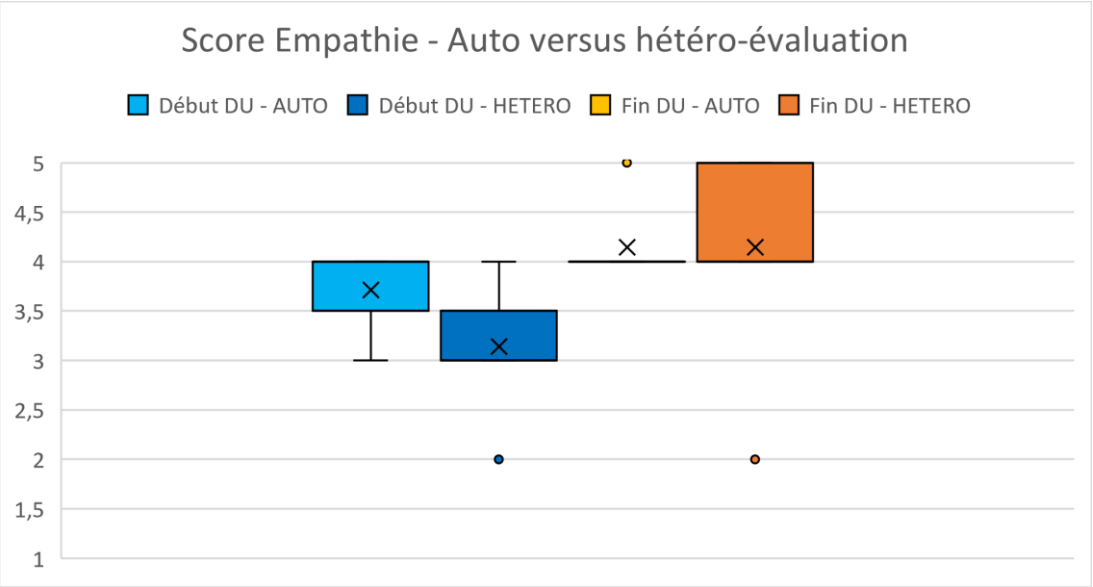


Figure 22: Score EMP, auto et hétéro-évaluation. Boxplot

Les scores globaux CDC et PAR obtenus par auto-évaluation ont augmenté de manière significative au cours du DU. Le score MDM a eu tendance à augmenter. La médiane du score « Empathie » n'a pas augmenté et est restée à 4.

En comparaison avec l'évaluation du binôme de chercheurs, les participants ont eu tendance à s'octroyer de meilleurs scores. C'est pour le score Partenariat que la différence a été la plus nette : bien que la médiane ait augmenté, l'hétéroévaluation n'a pas permis de mettre en évidence de progression nette sur ce score, alors que l'auto-évaluation a retrouvé une amélioration significative. Cependant nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre l'auto et l'hétéroévaluation pour chacun des scores.

b) Analyse thématique

Une analyse thématique a été réalisée à partir des réponses ouvertes des dix participants aux questionnaires d'auto-évaluation.

Les principaux thèmes auxquels se sont attachés les participants pour s'autoévaluer étaient :

- L'utilisation des outils de l'EM
- La faculté à guider l'entretien vers la direction souhaitée
- L'esprit de l'EM
- Le respect des processus
- Le contexte de l'entretien : l'ambiance et le langage utilisé.

L'ensemble de ces thèmes était évoqué par les participants au début comme à la fin du DU.

En début de DU, les étudiants relevaient davantage les difficultés concernant la guidance de l'entretien vers la direction souhaitée, mettant en avant les occasions manquées d'aborder tel ou tel sujet avec la personne interviewée. Ils s'interrogeaient également davantage sur le respect des processus en début de DU qu'à la fin.

En fin de DU, les étudiants s'attachaient davantage au respect de l'esprit de l'EM ; ils s'interrogeaient également sur l'impact de l'utilisation des outils sur l'entretien.

Une analyse plus exhaustive de ces cinq thèmes, avec quelques citations s'y rapportant, est proposée en annexe sous forme de carte heuristique (Annexe 4 : Cartes heuristiques obtenues par analyse thématique des questionnaires d'auto-évaluation).

IV. Discussion

Au terme d'une formation de six mois avec sessions mensuelles, les étudiants au DU « Pratique de l'entretien motivationnel » participant à notre étude s'amélioraient sur tous les plans, à la fois « techniques » et « relationnels ». Leurs compétences ont augmenté pendant la période d'analyse, qui démarrait après les sessions d'initiation et s'étendait jusqu'à la fin de la formation. Ils ont atteint un niveau de maitrise de l'EM supérieur à ceux relevés dans la littérature concernant des formations plus courtes.

1. Discussion de la question de recherche

Il existe peu de formations dédiées à l'entretien motivationnel en France.

Le DU de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes est actuellement l'unique formation longue proposée en France.

Par ailleurs, il existe peu d'études sur les formations à l'EM en France. A notre connaissance, les seules existantes s'intéressent à des formations courtes intégrées à l'obtention d'un diplôme, par exemple de médecine générale (24,27).

Du fait de son caractère unique, une évaluation de l'efficacité du DU est pertinente afin de permettre sa comparaison à des formations plus courtes.

2. Discussion de la méthode

a) Forces de la méthode

La méthode utilisée pour notre étude était audacieuse et rigoureuse.

Temps d'analyse

Nous avons comparé des entretiens réalisés après une à deux sessions de DU avec des entretiens réalisés à la fin du DU. Autrement dit, les étudiants avaient déjà commencé leur « apprentissage » au Temps 1 ; la majorité avait déjà réalisé deux sessions d'initiation. La différence de compétence entre les deux temps choisis était naturellement moins franche et plus difficile à mettre en évidence. L'acquisition de

compétences a pu être sous-estimée. Ce choix nous apporte en revanche des informations intéressantes sur l'évolution des compétences sur une période de formation longue (six mois), une fois passée la période d'initiation.

Méthode rigoureuse, en aveugle, avec une grille validée.

Le codage des entretiens a été confié à deux personnes distinctes de l'investigatrice principale, formées toutes deux à l'utilisation de la grille MITI, afin de garantir la validité interne et externe des résultats et de diminuer la variabilité interpersonnelle.

Les entretiens ont été analysés en aveugle après randomisation, c'est-à-dire que le binôme de codeurs n'avait pas connaissance de la période de réalisation de l'entretien. Cela a permis d'éviter tout biais d'observation.

Nous avons utilisé comme critère de jugement principal un outil d'évaluation validé et utilisé internationalement, le MITI 4.2 (cf I.5.Evaluation du DU). C'est une grille d'analyse à la fois reproductible, fiable, et qui balaie la totalité des compétences développées en EM. Après analyse de tous les outils existants dans leur revue de la littérature, Hurlocker et al la recommandent en première intention pour les études sur la formation (22).

Entretiens réalisés en conditions réelles

Nous avons choisi d'utiliser des entretiens réalisés en conditions réelles, et non pas simulés avec des acteurs, malgré les difficultés techniques et éthiques que cela soulève. Comme expliqué en introduction, les données issues d'entretiens simulés ne sont pas juxtaposables à la pratique réelle (34) ; Ce travail est donc complémentaire à celui réalisé en 2016 par le Dr Laval sur le DU, où les entretiens analysés étaient simulés (31).

b) Limites de la méthode

Faible échantillon

Les participants à l'étude ont été recrutés parmi les participants au DU sur la base du volontariat. La moitié seulement des participants s'est portée volontaire.

Les causes qui ont poussé une personne à se porter volontaire ou pas ne nous sont pas connues.

On peut émettre l'hypothèse que l'enregistrement d'entretiens réels a largement contribué à freiner la participation. Les difficultés des participants à proposer et réaliser l'enregistrement de l'entretien aux personnes interviewées ont été régulièrement soulevées lors des sessions du DU : dans le cadre de l'étude, les participants devaient de surcroît recueillir le consentement écrit de la personne. Ces contraintes ont pu paraitre rédhibitoires aux étudiants pour la qualité de la relation avec la personne interviewée. Les étudiants ont pu également se heurter au refus des personnes interviewées.

Le fait d'enregistrer puis de soumettre cet enregistrement à un évaluateur externe est une démarche qui peut être difficile au début d'une formation, quand les acquis semblent encore fragiles, tout comme la confiance en soi du participant.

Ce faible recrutement a pu ainsi créer un biais de sélection : les étudiants se portant volontaires pour participer à l'étude étaient peut-être plus confiants ou plus impliqués dans le DU dès les premières sessions, et par conséquent étaient susceptibles d'avoir des résultats supérieurs à la moyenne des étudiants, et cela dès le Temps 1. De plus, la majorité des personnes s'étant portées volontaires avait déjà reçu une formation préalable à l'EM.

Cela dit, l'échantillon présente une bonne diversité en termes d'expérience et de formations antérieures (cf III. 2.Description de la population).

Choix de l'entretien

Un seul entretien par étudiant et par période d'apprentissage était analysé. Or, un praticien peut varier en terme de compétence en EM d'un entretien à un autre pendant une même période d'apprentissage, comme le signalent Miller et Rollnick (1). Cela limite l'extrapolation de notre analyse.

Ces restrictions étaient cependant nécessaires pour la faisabilité de l'étude.

Le choix de l'entretien était laissé à la discrétion de l'étudiant. Le participant a pu choisir le meilleur entretien à ses yeux. On aurait pu choisir un autre mode de sélection, par exemple de type aléatoire (exemple : choisir le premier entretien réalisé tel jour). Cependant, les contraintes décrites plus haut (recueil préalable à l'enregistrement du consentement de la personne interviewée, etc.) rendent peu opérationnelles une méthode de ce type.

Elles compliquent également une sélection du meilleur entretien par l'étudiant ; la plupart du temps, les participants ont choisi l'entretien pour lequel toutes les conditions étaient réunies : entretien enregistré, conforme à l'EM à leurs yeux, de durée suffisante, avec une personne majeure ayant donné son consentement.

Faible effectif

Au faible échantillon de volontaires, s'est ajoutée l'exclusion de plusieurs participants (cf III.1. Exclusions à la suite du codage). Le faible effectif d'entretiens codés a entrainé un manque de puissance dans l'analyse statistique des données.

Cela aurait pu être évité en exigeant du participant plusieurs entretiens, afin de sélectionner celui qui serait le plus adéquat à un codage selon la grille MITI avant de les soumettre aux codeurs.

Nous pensons que cette méthode aurait abouti à un nombre encore plus faible d'étudiants volontaires et donc d'entretiens codés.

En effet, il était précisé aux participants que s'ils avaient le choix entre plusieurs entretiens, il était préférable qu'il soit réalisé dans un cadre professionnel, que l'objectif du changement soit un changement de comportement et que l'entretien ne soit pas centré uniquement sur le processus d'engagement dans la relation ou de focalisation (ces trois critères sont ceux décrits comme idéaux pour une analyse selon la grille MITI 4.2.). Les étudiants n'ont vraisemblablement pas pu effectuer cette sélection, puisqu'une proportion importante des entretiens de début de DU a été réalisée dans un cadre personnel (3 sur 7, cf description des participants) et certains d'entre eux ont signalé que leur entretien concernait plus une prise de décision ou un objectif non comportemental qu'un changement de comportement.

Grille d'évaluation

Parmi les différents outils d'évaluation de l'EM, nous avons choisi le MITI pour les raisons suscitées. Cette grille a également des inconvénients.

Tout d'abord, la majorité des études d'efficacité utilisant le MITI ne mettent pas en relation les résultats cliniques du patient sur son comportement avec les scores du MITI du praticien (22). D'autres outils existants n'ont pas ce défaut :

Le MISC (Motivational Interviewing Skill Code) analyse à la fois les énoncés du praticien et les réponses du patient (émergence ou non de discours changement). Cependant il s'agit d'une grille encore plus chronophage que le MITI, ce qui entrave son utilisation. (22)

L'ITRS (Independent Tape Rater Scale) est une échelle élaborée dans le but d'être plus pratique à réaliser que le MITI ou le MISC, et qui a été reliée aux résultats cliniques des patients dans quelques études (35) (22).

Une difficulté liée à l'utilisation du MITI est son matériau : le recueil d'enregistrements d'entretiens de vingt minutes peut être laborieux et l'analyse de ces enregistrements est complexe.

Un autre outil, le VASE-R, est cité par Hurlocker comme une grille de deuxième intention efficace pour l'étude de la formation : ses propriétés psychométriques sont robustes et des seuils de compétence ont été établis (22). Il s'appuie sur l'analyse de réponses ouvertes à des vignettes vidéos d'acteurs simulant des personnes dépendantes de substances (36) (37). Sa reproductibilité semble bonne mais nécessite des travaux supplémentaires pour être établie. Il s'agit d'une alternative au MITI, peut-être plus aisée à mettre en place dans certaines structures, et peu couteuse, mais qui ne documente pas la pratique réelle.

En résumé, chaque outil a ses forces et ses faiblesses ; le MITI ne déroge pas à la règle : il permet une exploration précise de tous les principes de l'EM mais s'accompagne de contraintes pratiques plus grandes que d'autres outils existants (32).

3. Discussion des résultats

Nos résultats comparés à la littérature sur l'efficacité des formations courtes, confirment qu'une formation longue permet d'atteindre un niveau de compétence bien supérieur et permet aux étudiants d'expérimenter avec plus de profondeur la pratique de l'EM.

a) Amélioration des scores : comparaison à la littérature

Entre la deuxième session du DU et la dernière, les participants à l'étude s'amélioraient sur l'ensemble des 4 scores globaux du MITI.

Cela confirme les résultats positifs du DU constatés en 2016 par le Dr LAVAL dans le cadre d'entretiens simulés (31), cette fois en situation réelle, avec analyse en aveugle et utilisation d'une grille actualisée et validée.

Durée de la formation

Les étudiants continuaient d'améliorer leur pratique une fois passées les premières sessions de « découverte » de l'EM. Cela plaide en faveur de formations longues en comparaison des formations courtes, de quelques jours, qui sont de loin les plus répandues.

Par exemple, une formation de 12 heures ne permettait pas aux participants d'améliorer leurs scores globaux ni d'atteindre les seuils de compétence dans une étude publiée en 2009 (38). Une autre étude de 2019 analysait l'évolution des compétences d'un groupe d'étudiants kinésithérapeutes et ergothérapeutes suite à une formation de 18 heures en EM, selon la même grille MITI 4.2 (39) : les quatre scores globaux s'amélioraient de façon significative mais restaient entre 2,6 et 3 sur 5. Cela correspond à des scores légèrement plus faibles que nos résultats au début du DU ; nous obtenons des scores nettement plus élevés à la fin du DU.

Concernant l'atteinte des seuils de compétence, nos résultats sont concordants avec la thèse réalisée en 2014 par le Dr VIDAILLAC (27). Elle évaluait des internes en médecine générale bénéficiant d'une formation courte de trois jours à l'EM répartis sur trois mois, avec la grille MITI 3.0. La moyenne des scores globaux « esprit de l'EM » était à 3,6/5 à la fin de la formation, ce qui correspondait au seuil de compétence de base de cette grille. En comparaison, les étudiants du DU atteignent un seuil de compétence de type maitrise sur le score technique de la grille MITI 4.2 à la fin du DU.

Les seuils de compétence associés aux grilles sont fondés sur l'avis d'experts, et manquent actuellement de données « normatives ou validées » pour les soutenir (11). Il est donc judicieux de ne pas se limiter à la comparaison des valeurs absolues des scores avec les seuils de compétence.

Concernant l'utilisation appropriée des outils de l'EM, la proportion Reflets sur Questions était de 0,62 à la fin de cette formation courte, versus 2,75 à la fin du DU.
Gaume et al. a montré en 2010 que parmi les comportements adhérents à l'EM, les reflets étaient les plus générateurs de discours changement chez le patient (40). L'augmentation

significative du ratio Reflets sur Questions est donc un signal très encourageant de la progression des étudiants vers l'efficacité clinique de leur pratique.

Le pourcentage de reflets complexes était également bien inférieur à ce qu'on observe à la fin du DU (30% versus 75%).
D'après la revue de la littérature de Magill publiée en 2019, les études suggèrent que les reflets complexes sont plus efficaces que les reflets simples pour susciter des changements dans la disposition au changement de la personne (10).

A propos de l'aspect relationnel, après cette formation de trois jours, le score Empathie était en moyenne à 3,12 sur une échelle de 5. En comparaison, les étudiants du DU obtiennent un score de 3 (médiane) après deux à quatre jours de formation (début du DU) et de 4 à la fin de la formation. Ces scores assez faibles après quelques jours de formation mettent en évidence la difficulté rencontrée par les étudiants à acquérir cette compétence relationnelle. Une formation intensive et étendue sur plusieurs mois semble nécessaire pour apprendre à exprimer de l'empathie à la personne qu'on aide.

Tout porte à conclure qu'il y a une confusion sur la notion d'empathie : on a tendance à croire que l'empathie serait naturelle chez les soignants, qui auraient fait la preuve, du fait de leur orientation professionnelle, de leur bienveillance inconditionnelle. Les participants avaient d'ailleurs tendance à s'octroyer un meilleur score « Empathie » en début de DU que le binôme de chercheurs. Cependant, ce que le score MITI correspondant étudie, c'est la capacité du soignant, non seulement à « comprendre le point de vue du patient », mais également à « en faire la preuve » (cf. Annexe 3 : Questionnaire d'auto-évaluation ; Score Empathie). Cette compétence-là semble bien difficile à acquérir.

Une durée de formation plus longue permet d'étayer les compétences acquises. Schwalbe et al a en effet montré dans une méta-analyse de 2014 que, sans entrainement ni retour sur sa pratique après une formation courte de type workshop, les compétences en EM s'érodent sur une période de 6 mois, contrairement aux formations qui organisent des sessions régulières, par exemple mensuelles, pour soutenir les nouveaux savoir-faire (29).

La formation étendue sur plusieurs mois à l'entretien motivationnel s'impose dorénavant comme un modèle ; Madson et al. se réjouissent dans une revue de la littérature publiée

en 2019 qu'à l'heure actuelle, plus de trois quarts des études sur la formation (84%) intègrent au moins une session d'entrainement et plus de la moitié (60%), au moins 4 sessions (30).

Au-delà de la durée, le contenu :

Westra et al. ont montré que la part donnée à la pratique et au feedback dans une formation courte influence beaucoup le gain de compétences des étudiants : les étudiants bénéficiant d'un « workshop » de type pratique intensive (« deliberate practice ») en comparaison avec un « workshop » plus traditionnel, didactique, obtenaient de meilleurs scores globaux selon le MITI 3.0, étaient plus empathiques (41) et provoquaient moins de discours-maintien et de résistance chez les personnes interviewées, quatre mois après la réalisation du workshop (42). Il est cependant utile de relever que les scores globaux restaient faibles même après un workshop de type pratique intensive (3,26 vs 2,72).

Le DU encourage très fortement la pratique et le feedback : en analysant en petits groupes des enregistrements rapportés par les étudiants, ou en créant des sessions d'entrainements, avec un interviewer, un interviewé et au moins un observateur chargé de donner un feedback. Ces sessions sont basées sur des « PAPV », des « petites ambivalences personnelles vraies », de l'interviewé. Ainsi, chaque session laisse une part très importante à la pratique et met à l'ordre du jour les points faibles rapportés par les étudiants aux sessions. Par exemple, le thème « Rouler avec la résistance » est revenu plusieurs fois car il suscitait beaucoup de difficultés chez les étudiants : il a été travaillé dans des petits exercices pratiques à plusieurs reprises.

L'intérêt de sessions réparties sur plusieurs mois est ainsi très net : les étudiants confrontent leurs connaissances et leur compétences naissantes avec leur pratique, et les difficultés rencontrées en situation réelle nourrissent le programme du DU, afin de répondre spécifiquement à leurs attentes.

Amélioration significative du score « Cultiver le discours changement »

Malgré le faible effectif de notre étude et par conséquent son manque de puissance, nous avons mis en évidence une augmentation significative du score global « Cultiver le discours changement ». Pour préciser le sens de ce score, le MITI 4.2 décrit ainsi une note maximale à 5 : « Le clinicien fait preuve d'un effort marqué et constant

pour augmenter la profondeur, l'intensité ou l'élan du langage du patient en faveur du changement »(11).

Plusieurs études ont montré que la proportion de discours changement par rapport au discours maintien était corrélée aux résultats cliniques de la personne (16) (43). Ce que dit la personne aurait valeur de prédiction.

Ainsi, savoir aider le patient à verbaliser ses pensées en faveur du changement permet aux professionnels d'espérer un impact clinique.

b) EM or not EM

Quatre entretiens proposés par les étudiants n'ont pas pu être inclus dans l'analyse car ils ne relevaient pas à proprement parler de l'EM.

Les étudiants avaient donc une vision un peu décalée ou plus large de ce qu'est l'EM par rapport à sa description selon le MITI.

Sur ces entretiens exclus, les participants s'octroyaient de hauts scores relationnels (Partenariat et Empathie), ou obtenaient de hauts scores relationnels par le binôme de codage. Une explication pourrait donc être la place prépondérante donnée par ces étudiants à l ' « esprit EM », Ils considèreraient qu'un entretien peut être qualifié de « motivationnel » s'ils se sont appliqués à adhérer à cet esprit, même s'il n'existe pas de changement cible précis ou d'ambivalence.

c) Place des comportements non adhérents : Persuader

La proportion de comportements non adhérents est restée remarquablement élevée en fin de DU (38%). On rappelle que les comportements non adhérents sont la somme des énoncés qualifiés de comportements « Persuader » et « Confronter ».

Dans le manuel du MITI 4.2, voilà la description d'un énoncé à coder « confronter » : « Ce code est attribué lorsque le clinicien confronte le patient, de façon directe et sans ambigüité, par une des attitudes suivantes : montre son désaccord, argumente, corrige, humilie, blâme, critique, étiquète, met en garde, fait la morale, ridiculise, ou remet en question l'honnêteté du patient. » En voici un exemple : « Vous, vous êtes alcoolique. Vous ne le pensez peut-être pas, mais vous l'êtes ». (11)

En pratique, aucun énoncé n'a été codé « confronter », dans l'ensemble des enregistrements analysés, ni au début ni à la fin du DU. Il serait intéressant de comparer ces résultats à des entretiens aléatoires de médecine générale.

En revanche, le code « Persuader » a été relevé de très nombreuses fois, au début comme à la fin du DU, d'où le pourcentage haut de non-adhérence à l'EM.

Voici comment le MITI 4.2 décrit un comportement « Persuader » : « Le clinicien tente activement de changer l'opinion, l'attitude, ou le comportement du patient, en recourant à la logique, à l'argumentation, à des faits, ou en parlant de soi (et en faisant un lien explicite entre ces stratégies et la nécessité de changer). Le code Persuader sera aussi attribué si le clinicien fournit une information biaisée, des conseils, suggestions, trucs, opinions, solutions à des problèmes sans une mention explicite ou un signe contextuel fort qui accentue l'autonomie du patient dans sa façon de recevoir cette recommandation. »(11)

Citons quelques exemples de codage « Persuader » issu des entretiens analysés :

« Vous avez un bel exemple. Vous avez un bel entourage. »

« D'accord, parce que vous avez quand même entendu les précautions du Dr [Nom1] »

« Vous êtes déjà en bonne voie visiblement, vous avez déjà ... »

« Comme quoi, peut-être que vous arriverez à votre objectif final un jour avec les méthodes qui existent. »

« Mais déjà vous avez fait des efforts. »

« C'est une ressource très utile effectivement. »

« C'est un très joli projet. »

« Non mais ce que je veux dire c'est que si vous économisez »

En parallèle, voilà des exemples d'énoncés issus des entretiens et codés « Valoriser » :

« Vous avez trouvé des petites techniques pour pallier... »

« Hum, vous connaissez les bienfaits de l'activité physique, bien sûr. »

« C’est que vous avez la volonté d'y arriver »

« Oui, ça, vous êtes tenace et volontaire. »

Ces éléments sont évidemment sortis de leur contexte ; Cela rend la tâche de les distinguer bien plus ardue. Dans certaines de ces situations, l’utilisation de l’audio a permis de rectifier un verbatim codé initialement « persuader » vers une « valorisation ». On voit cependant avec ces exemples la limite subtile entre ces deux notions. « Persuader » revient à émettre un jugement positif, une opinion, dans le but de convaincre la personne ; une « valorisation » s’appuie sur le discours du patient pour renforcer un aspect positif de ses forces ou des efforts accomplis ; « elle doit être sincère et refléter quelque chose d’authentique chez le patient »(11).

Valoriser est ainsi une compétence difficile à acquérir, qui a tendance à flirter avec le jugement positif. Or, celui-ci place de nouveau le soignant dans un rôle d’expert, de conseiller supérieur, et prive la personne de son autonomie.

Le programme du DU doit peut-être insister davantage sur ces notions et proposer plus de pratique de la valorisation.

d) Auto-évaluation

En s’auto-évaluant avec les scores globaux du MITI, les participants ont ressenti une amélioration plus importante de leurs compétences que ce que le codage en aveugle par un binôme de chercheurs a pu mettre en évidence. Deux scores s’amélioraient de manière significative en auto-évaluation, versus un seul en hétéroévaluation.

Cela est concordant avec la littérature sur le sujet. D’après Miller tout d’abord, les auto-évaluations ne sont pas un reflet fidèle de la pratique réelle (28). Martino et al ont montré en 2009 que les observateurs extérieurs sont moins positifs que les praticiens évalués ou leurs superviseurs dans leur évaluation de l’adhérence à l’EM et la compétence en EM (44). Cette tendance à surestimer ses compétences a été mise en évidence dans d’autres domaines de psychothérapie, par exemple la thérapie cognitivo-comportementale (45).

Wain et al., en 2015, ont montré que l’absence de corrélation entre auto-évaluation et évaluation extérieure par MITI persistait après entrainement : l’amélioration des

compétences des participants au cours d'une formation ne s'accompagnait pas d'une amélioration de leur faculté à s'auto-évaluer. Wain conclut qu'on ne peut donc pas s'appuyer sur l'auto-évaluation des participants pour juger si une formation a été efficace et suffisante. Il ajoute qu'il pourrait être nécessaire d'apprendre aux praticiens à s'auto-évaluer (46).

Faut-il alors renforcer cette compétence d'autoévaluation au cours du DU, éventuellement en utilisant un outil formel ?

Le programme du DU questionne déjà ces notions. En effet, il est proposé aux étudiants en fin de DU de concevoir eux-mêmes, en groupe, la grille d'évaluation qui servira ensuite aux enseignants à évaluer les entretiens de validation du DU.

Cependant, aucune grille utilisée internationalement pour la formation et la recherche n'est utilisée au cours du DU. Le feedback donné par les pairs ou les superviseurs sur un entretien est informel, avec une attention particulière à ce que les remarques soient faites avec bienveillance. Le canevas du feedback s'appuie sur les consignes proposées par le MINT (réseau international de formateurs en EM (47)) : changement-cible, points forts, points à améliorer.

Une étude de 2015 a porté sur l'intérêt pédagogique de proposer à des étudiants en santé l'utilisation de la grille MITI pour s'auto-évaluer. Les auteurs concluaient qu'une autoréflexion structurée, à l'aide d'outils tels que le MITI, pouvait favoriser la prise de conscience des compétences de l'EM (48).

D'après la revue systématique de Madson en 2019, de nombreuses études sur la formation à l'EM utilisent des grilles validées à la fois pour la supervision et l'évaluation. « Avoir un feedback structuré sur la base de grilles validées améliore la supervision ». Cependant, Madson souligne que la meilleure façon d'utiliser ces grilles reste à déterminer. Par exemple concernant le MITI, faut-il privilégier les scores globaux ou le décompte des comportements ? Il importe également de respecter le style de l'EM dans la façon de restituer ce feedback (30).

4. Perspectives

Dans une revue systématique de la littérature publiée en 2016, Hall et al ont analysé le nombre de formations à l'EM étudiées qui aboutissaient à un seuil de compétence suffisant pour les participants. Ils considéraient qu'une méthode de formation permettait

un changement de pratique durable si au moins 75% des participants atteignaient le seuil de compétence de base en « esprit de l'EM » à la fin de la période de suivi. Sur les 20 études incluses, seulement 11 permettaient d'analyser les seuils de compétences des participants, et seulement 2 ont satisfait à leurs critères. Les deux formations concernées étaient des formations longues avec supervision, l'acquisition des compétences était surveillée et l'entrainement se poursuivait jusqu'à atteindre un niveau suffisant de compétences (49). Il est donc laborieux d'atteindre un seuil de compétence à la fois suffisant et durable.

Concernant le DU « Pratique de l'entretien motivationnel » délivré par la Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes, au terme d'une période de formation de six mois avec sessions mensuelles, la totalité des participants atteignaient un seuil de compétence « technique » suffisant ; ils utilisaient les reflets de façon appropriée et intensive. Au moins la moitié d'entre eux atteignaient un seuil de compétence « relationnel » suffisant.

Perspectives en recherche

Le faible effectif de notre étude n'a pas permis l'analyse de sous-groupes, telle que l'impact d'une formation ou d'une pratique préalable, ou le nombre d'années d'expérience professionnelle, sur les compétences acquises grâce au DU.

Reproduire l'expérience de cette étude sur les prochaines années du DU, permettrait d'augmenter la puissance des analyses statistiques et d'enrichir les conclusions.

Les compétences acquises se maintiennent-elles dans le temps, une fois le DU terminé ? La poursuite d'une pratique intense et d'une supervision est- elle nécessaire au maintien de ces compétences ? C'est l'hypothèse à l'origine d'un programme facultatif de supervision pour les anciens participants au DU. Comparer le maintien des compétences chez les personnes participant à ce programme avec celles qui n'y participent pas apporterait des éléments de réponse.

Certaines valeurs inhérentes à l'EM (Partenariat, Altruisme, Non-jugement, cf. I.2.a)Esprit de l'EM (1)) sont communes à la médecine générale dans le cadre de l'approche centrée patient (50). Il serait intéressant de comparer des entretiens réalisés par des médecins généralistes formés à l'EM avec des médecins non formés, au cours d'une consultation ayant pour objet un changement de comportement souhaité par le patient ou le professionnel de santé.

Toutes ces questions restées ouvertes pourraient donner lieu à de nouveaux travaux de recherche.

Perspectives dans l'enseignement

Notre étude a montré que les compétences relationnelles de l'EM semblent plus difficiles à atteindre, contrairement aux idées préconçues.

Eviter de persuader le patient et se départir du jugement positif sont deux compétences que les étudiants n'ont probablement pas suffisamment développées à la fin de la formation. Il serait pertinent de consacrer du temps à ces sujets, en utilisant les outils habituels du DU (PAPV, jeux de rôle, écoute d'enregistrement). D'autant plus que ces éléments ne semblent pas repérés par les étudiants, puisqu'ils relèvent certainement d'une pratique plus avancée et nuancée de l'EM ; ils ne sont pas l'objet de moments dédiés à l'heure actuelle.

Nous avons rencontré des difficultés à recueillir suffisamment d'entretiens adéquats pour le codage selon le MITI, c'est-à-dire des entretiens centrés sur l'ambivalence autour d'un changement de comportement choisi par le patient. Cela semble mettre en évidence une certaine confusion des étudiants sur la place et l'utilisation appropriée de l'EM dans leur pratique.

« Pour celui qui ne possède qu'un marteau, tout ressemble à un clou. » selon Maslow. Peut-être est-ce un passage obligatoire sur le chemin de l'apprentissage que d'utiliser une technique nouvellement apprise à tort et à travers. Le programme du DU doit peut-être insister de manière moins équivoque sur le champ d'application précis de l'EM, en tout cas, tel qu'il a été conçu.

L'auto-évaluation des participants à l'aide d'outils structurés tels que le MITI est peut-être également un domaine à creuser. Cela renforcerait le discernement des étudiants concernant l'état inconstant de leurs compétences. Il leur sera utile pour la poursuite d'une pratique de qualité une fois le DU terminé.

Perspectives pour les soins

L'entretien motivationnel a aujourd'hui toute sa place dans de nombreux domaines du soin aux personnes.

En médecine générale, nombreuses sont les occasions d'améliorer la santé des personnes en modifiant certains comportements. La frustration est grande chez les professionnels désireux d'agir par la prévention mais manquant d'outils efficaces pour le faire. L'entretien motivationnel est un de ces outils, désormais reconnu et validé.

Notre étude montre que le DU de Pratique de l'entretien motivationnel de la faculté de Montpellier-Nîmes permet aux praticiens d'acquérir des compétences visibles en conditions réelles. Cela est rendu possible par une formation longue avec pratique intensive et supervision.

La place de l'entretien motivationnel dans les études de santé est aujourd'hui anecdotique (24) et mérite d'être développée et mise en lumière afin qu'un plus grand nombre de professionnels y ait accès, et en fasse par la suite bénéficier les personnes qu'ils aident.

V. Conclusion

Le DU Pratique de l'entretien motivationnel est actuellement la seule formation longue d'entretien motivationnel proposée en France.

Au cours de la période de six mois du DU, les participants à l'étude se sont améliorés dans leur pratique réelle en entretien motivationnel. Leur capacité à « cultiver le discours changement », élément clé pour aboutir à un changement de comportement, a augmenté de manière significative entre les premières sessions et la fin du DU.

Les pistes d'amélioration du DU ont pu être explorées.

Ce travail encourage le développement en France de formations longues, intégrant une pratique intensive et une supervision. Leur évaluation conjointe basée sur une grille d'analyse reconnue internationalement permet d'attester de leur efficacité.

D'une formation de qualité, découlent des professionnels de santé et du secteur médico-social capables d'aider les personnes dans leur volonté de changer un comportement, afin d'améliorer leur bien-être, avec bienveillance et en respectant leur autonomie.

Bibliographie

1. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel - 2e édition [Internet]. Interéditions. 2019 [cité 29 janv 2021]. (Soins et Psy). Disponible sur: https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/entretien-motivationnel-aider-personne-engager-changement-0

2. Rogers CR. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. Psychol Study Sci Study 1. 1959;3 Formulations of the Person and the Social Context,:38.

3. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. Am Psychol. sept 2009;64(6):527-37.

4. Festinger L. A theory of cognitive dissonance [Texte imprimé]. Evanston, Ill: New York Row, Peterson; 1957. ix+291.

5. Vaidis D, Halimi-Falkowicz S. La théorie de la dissonance cognitive: une théorie âgée d'un demi-siècle. Rev Électronique Psychol Soc. 2007;1:9-18.

6. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, Ill.: Dow Jones-Irwin Dow Jones-Irwin Dorsey Professional Books; 1984.

7. Le cercle de Prochaska et Di Clemente [Internet]. intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé. [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/

8. Miller, W. R. and Rollnick, S. (1991) Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press, 1991. Pp. xvii + 348. £24.95 hardback, £11.50 paper. ISBN 0–89862–566–1 - Bennett - 1992 - Journal of Community & Applied Social Psychology - Wiley Online Library [Internet]. [cité 12 oct 2021]. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/casp.2450020410

9. Arkowitz H, Miller WR, Westra HA, Rollnick S. Motivational Interviewing in the treatment of psychological problems: Conclusions and future directions. In: Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems. New York: Guilford Press; 2008. p. 354. (Applications of motivational interviewing).

10. Magill M, Hallgren KA. Mechanisms of behavior change in motivational interviewing: do we understand how MI works? Curr Opin Psychol. 2019;30:1-5.

11. Moyers TB, Manuel JK, Ernst D. Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4.2 (MITI 4.2). :41.

12. Dunn C, DeRoo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. Addiction. déc 2001;96(12):1725-42.

13. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. J Stud Alcohol. janv 1997;58(1):7-29.

14. Project MATCH Research Group1. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Three-Year Drinking Outcomes. Alcohol Clin Exp Res. sept 1998;22(6):1300-11.

15. Gourlan M. Motivation des adolescents obèses pour l'activité physique. Les apports de la théorie de l'autodétermination et de l'entretien motivationnel [Internet] [phdthesis]. Université de Grenoble; 2011 [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00747443

16. Magill M, Apodaca TR, Borsari B, Gaume J, Hoadley A, Gordon REF, et al. A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. J Consult Clin Psychol. févr 2018;86(2):140-57.

17. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials: Motivational interviewing for weight loss. Obes Rev. juill 2011;no-no.

18. Suire KB, Kavookjian J, Feiss R, Wadsworth DD. Motivational Interviewing for Weight Management Among Women: a Meta-Analysis and Systematic Review of RCTs. Int J Behav Med. 20 oct 2020;

19. Berhe KK, Gebru HB, Kahsay HB. Effect of motivational interviewing intervention on HgbA1C and depression in people with type 2 diabetes mellitus (systematic review and meta-analysis). PloS One. 2020;15(10):e0240839.

20. Palacio A, Garay D, Langer B, Taylor J, Wood BA, Tamariz L. Motivational Interviewing Improves Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis. J Gen Intern Med. août 2016;31(8):929-40.

21. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational Interviewing. Annu Rev Clin Psychol. 24 sept 2004;1(1):91-111.

22. Hurlocker MC, Madson MB, Schumacher JA. Motivational interviewing quality assurance: A systematic review of assessment tools across research contexts. Clin Psychol Rev. 1 déc 2020;82:101909.

23. Miller WR, Rollnick S. The effectiveness and ineffectiveness of complex behavioral interventions: Impact of treatment fidelity. Contemp Clin Trials. 1 mars 2014;37(2):234-41.

24. Hours H. Etat des lieux de la formation à l'entretien motivationnel durant le diplôme d'études spécialisées de médecine générale en France en 2016-2017 [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/1921/

25. Les formations [Internet]. AFDEM. 2010 [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: https://afdem.org/formations/

26. Initiation à L'Entretien Motivationnel [Internet]. ANPAA Bretagne. [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: https://www.anpaa-bretagne.fr/accompagner-alcoolique-drogue-addictions/entretien-motivationnel/

27. Vidaillac M, Dansou A. Impact d'une formation à l'entretien motivationnel sur les pratiques des internes de médecine générale. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2014.

28. Miller. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. J Consult Clin Psychol. 2004;72:1050-62.

29. Schwalbe CS, Oh HY, Zweben A. Sustaining motivational interviewing: a meta-analysis of training studies. Addict Abingdon Engl. août 2014;109(8):1287-94.

30. Madson MB, Villarosa-Hurlocker MC, Schumacher JA, Williams DC, Gauthier JM. Motivational interviewing training of substance use treatment professionals: A systematic review. Subst Abuse. 2019;40(1):43-51.

31. Laval M. Evaluation de l'efficacité pédagogique du Diplôme Universitaire d'entretien motivationnel Guy Azoulai [Internet]. [Lieu inconnu]: éditeur inconnu; 2016 [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2016MONT1214

32. Gill I, Oster C, Lawn S. Assessing competence in health professionals' use of motivational interviewing: A systematic review of training and supervision tools. Patient Educ Couns. 1 mars 2020;103(3):473-83.

33. Moyers TB, Rowell LN, Manuel JK, Ernst D, Houck JM. The Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI 4): Rationale, Preliminary Reliability and Validity. J Subst Abuse Treat. 1 juin 2016;65:36-42.

34. Decker SE, Carroll KM, Nich C, Canning-Ball M, Martino S. Correspondence of motivational interviewing adherence and competence ratings in real and role-played client sessions. Psychol Assess. mars 2013;25(1):306-12.

35. Martino S, Ball SA, Nich C, Frankforter TL, Carroll KM. Community program therapist adherence and competence in motivational enhancement therapy. Drug Alcohol Depend. 1 juill 2008;96(1):37-48.

36. Rosengren DB, Baer JS, Hartzler B, Dunn CW, Wells EA. The video assessment of simulated encounters (VASE): Development and validation of a group-administered method for evaluating clinician skills in motivational interviewing. Drug Alcohol Depend. 1 sept 2005;79(3):321-30.

37. Rosengren DB, Hartzler B, Baer JS, Wells EA, Dunn CW. The video assessment of simulated encounters-revised (VASE-R): Reliability and validity of a revised measure of motivational interviewing skills. Drug Alcohol Depend. 1 sept 2008;97(1):130-8.

38. Evangeli M, Engelbrecht S-K, Swartz L, Turner K, Forsberg L, Soka N. An evaluation of a brief motivational interviewing training course for HIV/AIDS counsellors in Western Cape Province, South Africa. AIDS Care. févr 2009;21(2):189-96.

39. Fortune J, Breckon J, Norris M, Eva G, Frater T. Motivational interviewing training for physiotherapy and occupational therapy students: Effect on confidence, knowledge and skills. Patient Educ Couns. avr 2019;102(4):694-700.

40. Gaume J, Bertholet N, Faouzi M, Gmel G, Daeppen J-B. Counselor motivational interviewing skills and young adult change talk articulation during brief motivational interventions. J Subst Abuse Treat. 1 oct 2010;39(3):272-81.

41. Westra HA, Norouzian N, Poulin L, Coyne A, Constantino MJ, Hara K, et al. Testing a deliberate practice workshop for developing appropriate responsivity to resistance markers. Psychotherapy. juin 2021;58(2):175-85.

42. Di Bartolomeo AA, Shukla S, Westra HA, Shekarak Ghashghaei N, Olson DA. Rolling with resistance: A client language analysis of deliberate practice in continuing education for psychotherapists. Couns Psychother Res. 2021;21(2):433-41.

43. Barnett E, Moyers TB, Sussman S, Smith C, Rohrbach LA, Sun P, et al. From counselor skill to decreased marijuana use: Does change talk matter? J Subst Abuse Treat. 1 avr 2014;46(4):498-505.

44. Martino S, Ball S, Nich C, Frankforter TL, Carroll KM. Correspondence of motivational enhancement treatment integrity ratings among therapists, supervisors, and observers. Psychother Res. 1 mars 2009;19(2):181-93.

45. Brosan L, Reynolds S, Moore RG. Self-Evaluation of Cognitive Therapy Performance: Do Therapists Know How Competent They Are? Behav Cogn Psychother. oct 2008;36(5):581-7.

46. Wain RM, Kutner BA, Smith JL, Carpenter KM, Hu M-C, Amrhein PC, et al. Self-Report After Randomly Assigned Supervision Does not Predict Ability to Practice Motivational Interviewing. J Subst Abuse Treat. 1 oct 2015;57:96-101.

47. Welcome to the Motivational Interviewing Website! | Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT) [Internet]. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: https://motivationalinterviewing.org/

48. Schoo AM, Lawn S, Rudnik E, Litt JC. Teaching health science students foundation motivational interviewing skills: use of motivational interviewing treatment integrity and self-reflection to approach transformative learning. BMC Med Educ. déc 2015;15(1):228.

49. Hall K, Staiger PK, Simpson A, Best D, Lubman DI. After 30 years of dissemination, have we achieved sustained practice change in motivational interviewing? Addiction. 2016;111(7):1144-50.

50. Association CNGE Formation. L'approche centrée patient par les MSU [Internet]. Collège national des généralistes enseignants. [cité 5 mars 2022]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_formation/formations/detail/104/

Annexes

Table des annexes :

1. Annexe 1 : Fiche d'information et de consentement 70

2. Annexe 2 : Questionnaire de description des participants 74

3. Annexe 3 : Questionnaire d'auto-évaluation 77

4. Annexe 4 : Cartes heuristiques obtenues par analyse thématique des questionnaires d'auto-évaluation..... 81

5. Annexe 5 : Exemple de retranscription codée..... 86

1. Annexe 1 : Fiche d'information et de consentement

INFORMATION A DESTINATION DES PERSONNES PARTICIPANT A LA RECHERCHE

Etude de l'efficacité pédagogique du DU Pratique de l'entretien motivationnel

de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes

Promoteur de l'étude : Université de Montpellier- Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes. Département universitaire de médecine générale.

Investigatrice principale : Ninon ROUCHOSSE, doctorante, interne en médecine générale à la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes.

Directeur de thèse : Dr David COSTA maitre de conférences des universités, membre dudépartement de médecine générale de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes.

Madame, monsieur,

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche. Ce document a pour but de vous présenter l'étude, son déroulement ainsi que vos droits en tant que participant.
L'investigatrice coordinatrice de cette étude est également à votre disposition pour répondre à toutes vos questions. Votre participation est entièrement libre et volontaire. Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, vous signerez la déclaration de consentement.

1) Objectif de cette étude :

On appelle *« entretien motivationnel »*, un style de conversation collaboratif dont le but est de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact d'une formation longue de type DU sur le niveau de pratique en entretien motivationnel d'une population de soignants.

2) Méthode de l'étude :

Afin de mener à bien cet objectif, nous souhaitons comparer deux entretiens motivationnels réalisés par les participants au DU.

Le premier enregistrement d'entretien doit être réalisé entre le 15 novembre 2020 et le 15 janvier 2021, c'est-à-dire entre la première et la troisième session de formation du DU. Le second doit être réalisé entre le 11 avril 2021 et le 21 mai 2021, c'est-à-dire entre la dernière session du DU et l'examen final.
Après consentement du participant au DU (l'intervenant(e)) et de la personne interviewée, les enregistrements seront transmis à l'investigatrice principale.
Dans le but d'assurer le recueil du consentement, elle sera la seule personne ayant accès aux noms et prénoms des participants.

Les entretiens seront anonymisés avant d'être transmis à un binôme de chercheurs qualifiés pour analyse. Les compétences des participants au DU seront mesurées par codage des entretiens selon la grille validée MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity).

3) Vos droits en tant que participants à l'étude.

Conformément à l'article 12, 13 et 14 du Règlement général sur la protection des données (RGPD)(1) et la loi Informatique et Liberté modifiée en juin 2018, nous vous informons que :

- Vous pouvez interrompre votre consentement à tout moment et vous retirer de l'étude sans avoir à justifier votre décision, en informant l'investigatrice principale.
- Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé et vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, de limitation ou d'effacement des informations à tout moment auprès de l'investigatrice principale.
- Les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Leur consultation sera restreinte à l'équipe chargée de leur analyse, ces personnes étant soumises au secret professionnel. Seules les données pertinentes, adéquates et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités de l'étude seront recueillies.
- Les données recueillies seront conservées sur une durée de 3 ans maximum.
- Vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.
- A l'issue de la recherche, si vous le désirez, vous serez informé(e) des résultats globaux de la recherche quand ils seront connus.

Pour de plus amples informations à propos de cette étude ou de vos droits en tant que participant à la recherche, vous pouvez contacter l'investigatrice principale:

Ninon Rouchossé :

Téléphone :**

E-mail : ninon.rouchosse@etu.umontpellier.fr

Pour toute question relative aux traitements de données, vous pouvez contacter le délégué àla protection des données de l'université de Montpellier (dpo@umontpellier.fr).

Votre participation rendra possible la réalisation de cette étude ; Son but est l'amélioration des compétences des participants au DU pour accompagner les personnes vers un changement.

Les pages 1 et 2 du document d'information doivent être remis aux participants (intervenants et personnes interviewées) qui en gardent une copie.

1. Conformité RGPD : comment informer les personnes et assurer la transparence ? | CNIL [Internet]. [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: https://www.cnil.fr/fr/conformite-rgpd-information-des-personnes-et-transparence

Etude de l'efficacité pédagogique du DU Pratique de l'entretien motivationnel

de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes

Déclaration de consentement de participation à la recherche

A destination de l'intervenant(e)

Ce consentement est recueilli en deux exemplaires ; l'intervenant garde un exemplaire et transmet le deuxième à l'investigatrice principale.

Vous êtes inscrit(e) et participez actuellement au DU Pratique de l'entretien motivationnel de la Faculté de médecine de Montpellier-Nimes.

Je soussigné (e) (nom, prénom) .....
Certifie avoir lu et compris le document d'information qui m'a été remis.

J'ai pris connaissance de mes droits en tant que participant à l'étude.

J'ai été informé(e) que je peux interrompre mon consentement à tout moment sans avoir à justifier ma décision, en informant **l'investigatrice principale Ninon Rouchossé (Téléphone : ****;**
E-mail : ninon.rouchosse@etu.umontpellier.fr.)

J'accepte de participer à cette recherche dans les conditions précisées dans le document d'information.

Fait à :

Le :

Signature :

Etude de l'efficacité pédagogique du DU Pratique de l'entretien motivationnel

de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes

Déclaration de consentement de participation à la recherche

A destination de la personne interviewée

Ce consentement est recueilli en deux exemplaires : l'intervenant(e) et la personne interviewée en conserveront chacun un exemplaire. L'exemplaire de l'intervenant sera transmis à l'investigatrice principale.

Je soussigné (e) (nom, prénom) .....
Certifie avoir lu et compris le document d'information qui m'a été remis.

L'intervenant(e) (nom, prénom)……
m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

J'ai été informé(e) que je peux interrompre mon consentement à tout moment sans avoir à justifier ma décision, en informant **l'investigatrice principale Ninon Rouchossé (Téléphone : ****.**
E-mail : ninon.rouchosse@etu.umontpellier.fr.)

J'accepte de participer à cette recherche dans les conditions précisées dans le document d'information.

Fait à :

Le :

Signature :

2. Annexe 2 : Questionnaire de description des participants

Questionnaire de description des participants au DU "Pratique de l'entretien motivationnel

dans le cadre du travail de thèse "Etude de l'efficacité pédagogique du DU Pratique de l'entretien motivationnel de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes par analyse d'entretiens en conditions réelles."

*Obligatoire

1. Votre nom et prénom *

Les données seront anonymisées avant analyse des entretiens

_____

2. Votre sexe *

Une seule réponse possible.

- ( ) Femme
- ( ) Homme

3. Votre âge *

_____

4. Votre profession *

Une seule réponse possible.

- ( ) Infirmier(e)
- ( ) Médecin généraliste
- ( ) Médecin psychiatre
- ( ) Psychologue
- ( ) Educateur spécialisé
- ( ) Autre : _____

5. Milieu d'exercice professionnel *

Une seule réponse possible.

- ( ) Libéral
- ( ) Hospitalier
- ( ) Centre d'addictologie type ANPAA, CSAPA
- ( ) Associatif
- ( ) Autre : _____

6. Nombre d'années de pratique dans votre profession *

Une seule réponse possible.

- ( ) Moins d'un an
- ( ) 1 an
- ( ) Entre 1 et 5 ans
- ( ) Entre 5 et 10 ans
- ( ) Entre 10 et 15 ans
- ( ) Plus de 15 ans

7. Avez-vous réalisé une formation préalable à l'entretien motivationnel avant votre inscription au DU ? *

Une seule réponse possible.

- ( ) OUI *Passer à la question 8*
- ( ) NON *Passer à la question 9*

Formation préalable en EM

8. De quelle formation s'agit-il ? Préciser le nombre d'heures d'enseignement environ. *

9. Avez-vous pratiqué l'entretien motivationnel avant votre inscription au DU ? *

Une seule réponse possible.

- ( ) Non
- ( ) Oui, à la suite d'une formation préalable, de façon sporadique dans ma pratique professionnelle
- ( ) Oui, à la suite d'une formation préalable, de façon régulière dans ma pratique professionnelle
- ( ) Oui, de façon autodidacte et sporadique
- ( ) Autre : _____

10. Avez-vous eu des formations à d'autres techniques d'entretien ?(exemple : Thérapie cognitivo-comportementale, éducation thérapeutique, hypnose,...) *

Une seule réponse possible.

- OUI *Passer à la question 11*
- NON *Passer à la question 12*

Autres formations préalables

11. De quelle(s) formation(s) s'agit-t-il ? *

12. Avez-vous autre chose à préciser concernant votre expérience passée ? *

13. Fin ! Merci beaucoup pour votre participation !

3. Annexe 3 : Questionnaire d'auto-évaluation

Questionnaire d'auto-évaluation centré sur votre entretien

1ère partie : description rapide de votre entretien ;

2ème partie : réflexion globale et ouverte sur votre entretien

3ème partie : auto-analyse selon une grille de codage validée (MITI)

Si vous avez la moindre question ou incompréhension, contactez moi sans hésiter (Ninon : tel :** ; mail :****)**

Adresse e-mail * :

Nom et prénom * :

Les données seront anonymisées avant analyse de l'entretien.

Je vous ai demandé de sélectionner un entretien qui dure entre 20 et 30 minutes. Les questions suivantes ont pour but de déterminer si les conditions sont optimales pour analyser votre entretien avec la grille MITI que je vous présenterai plus loin. Dans tous les cas, je vous remercie infiniment pour votre participation.

Date de l'entretien *doit avoir été réalisé entre le 15 novembre 2020 et le 15 janvier 2021

L'entretien a été réalisé * :

- dans le cadre professionnel
- dans le cadre personnel (famille, amis, collègues)
- Autre : .....

L'objectif du changement est * :

- Un changement de comportement (identifié, précis)
- Une prise de décision
- Un objectif non comportemental (par exemple : devenir quelqu'un de meilleur)

Pendant l'entretien, avez-vous centré votre attention sur un seul processus en particulier ? * (Les 4 processus de l'EM : Engagement dans la relation; Focalisation ; Evocation ; Planification.)

Oui Non

2ème partie : Formulaire normalisé de réflexion à propos de l'entretien

élaboré par le MINT (Motivational Interviewing Network of Trainers), traduit par YBC.

1. Quel changement ciblez-vous ? *

Ce comportement cible sera utilisé pour évaluer le discours changement dans la session et évaluer la pertinence de l'EM dans le cadre de cet échange.

2. Après avoir écouté votre session, décrivez ce que vous percevez comme des points forts dans votre pratique de l'EM et qui sont démontrés dans cet enregistrement. *

Présenter des exemples lorsque c'est possible. Pour nous aider à les retrouver, vous indiquez le temps approximatif où ces points forts surviennent sur l'enregistrement. max 150 mots svp (http://fr.wordcounter360.com/)

3. Après avoir écouté votre session, proposez un ou plusieurs passage(s) de l'enregistrement que vous souhaiteriez améliorer en rapport à l'EM, ou, une aptitude que vous voudriez renforcer. max 150 mots svp

Scores globaux du MITI

Le MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual) est un système de codage du comportement qui permet de mesurer si l'usage de l'entretien motivationnel est satisfaisant. C'est aussi un outil de feedback utilisé pour augmenter les compétences dans la pratique de l'EM. Il est utilisé en formation, comme dans les études cliniques. La dernière version est la version 4.2 de 2015.

Référence : Moyers TB, Manuel JK, Ernst D. Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4.2 (MITI 4.2). :41.

Les scores globaux du MITI

Le MITI est composé d'évaluations dites "globales" et de décompte de comportements (questions, reflets, etc). Vos deux entretiens (1ere partie et 2eme partie du DU) vont être codés par un binôme de chercheurs qualifiés selon l'ensemble de la grille MITI (scores globaux et décompte des comportements).

Nous vous proposons un exercice intéressant d'auto-évaluation : évaluer votre propre entretien selon les 4 scores globaux du MITI. Tentez d'être objectif, de ne pas vous sous-évaluer ni vous sur-évaluer.

A. Score « Cultiver le discours-changement » *

Cultiver le discours-changement (CDC)

Faible				Elevé
1	2	3	4	5
Le clinicien ne porte aucune attention, ou aucune préférence, au langage du patient en faveur du changement	Le clinicien porte une attention sporadique au langage du patient en faveur du changement ; il manque fréquemment des opportunités d'encourager le discours-changement	Le clinicien porte souvent une attention au langage du patient en faveur du changement, mais manque quelques opportunités d'encourager le discours-changement	Le clinicien porte une attention constante au langage du patient en faveur du changement et fournit des efforts pour l'encourager	Le clinicien fait preuve d'un effort marqué et constant pour augmenter la profondeur, l'intensité ou l'élan du langage du patient en faveur du changement

1 2 3 4 5

Faible Elevé

B. Score "Modérer le discours maintien" *

Modérer le discours-maintien (MDM)

Faible				Elevé
1	2	3	4	5
Le clinicien répond systématiquement au langage du patient de façon à augmenter la fréquence ou la profondeur du discours en faveur du statu quo	Le clinicien choisit généralement de se centrer sur le langage du patient en faveur du statu quo : il l'explore, s'y focalise, y répond	Le clinicien accorde une préférence au langage du patient en faveur du statu quo, mais peut par moments dévier son attention du discours-maintien	Le clinicien évite généralement de mettre l'accent sur le langage du patient en faveur du statu quo	Le clinicien fait preuve d'un effort marqué et constant pour faire baisser la profondeur, l'intensité ou l'élan du langage du patient en faveur du statu quo

1 2 3 4 5

Faible Elevé

C. Score "Partenariat" *

Partenariat (PAR)

Faible				Elevé
1	2	3	4	5
Le clinicien prend activement le rôle de l'expert durant la plus grande partie de l'interaction. La collaboration ou le partenariat est absent	Le clinicien saisit superficiellement les occasions pour collaborer	Le clinicien incorpore les apports du patient, mais le fait de façon légère ou irrégulière	Le clinicien encourage la collaboration et le partage de pouvoir de façon à ce que les apports du patient aient un impact sur le déroulement de l'entretien	Le clinicien encourage activement le partage de pouvoir dans l'interaction de façon à ce que les apports du patient influencent notablement la nature de l'entretien

1 2 3 4 5

Faible Elevé

D. Score Empathie *

Empathie (EMP)

Faible				Elevé
1	2	3	4	5
Le clinicien n'accorde pas ou peu d'attention à la perspective du patient	Le clinicien fait quelques efforts sporadiques pour explorer le point de vue du patient. La compréhension du clinicien peut être inexacte ou incomplète	Le clinicien tente activement de comprendre la perspective du patient, avec un succès modeste	Le clinicien déploie des efforts actifs et répétés pour comprendre le point de vue du patient. Il fait preuve d'une compréhension correcte de la vision du patient, la compréhension étant toutefois limitée au contenu explicite	Le clinicien fait preuve d'une compréhension approfondie du point de vue du patient, non seulement de ce qui été dit explicitement mais aussi de ce que le patient veut dire et n'a pas encore dit

1 2 3 4 5

Faible Elevé

Merci !

4. Annexe 4 : Cartes heuristiques obtenues par analyse thématique des questionnaires d'auto-évaluation

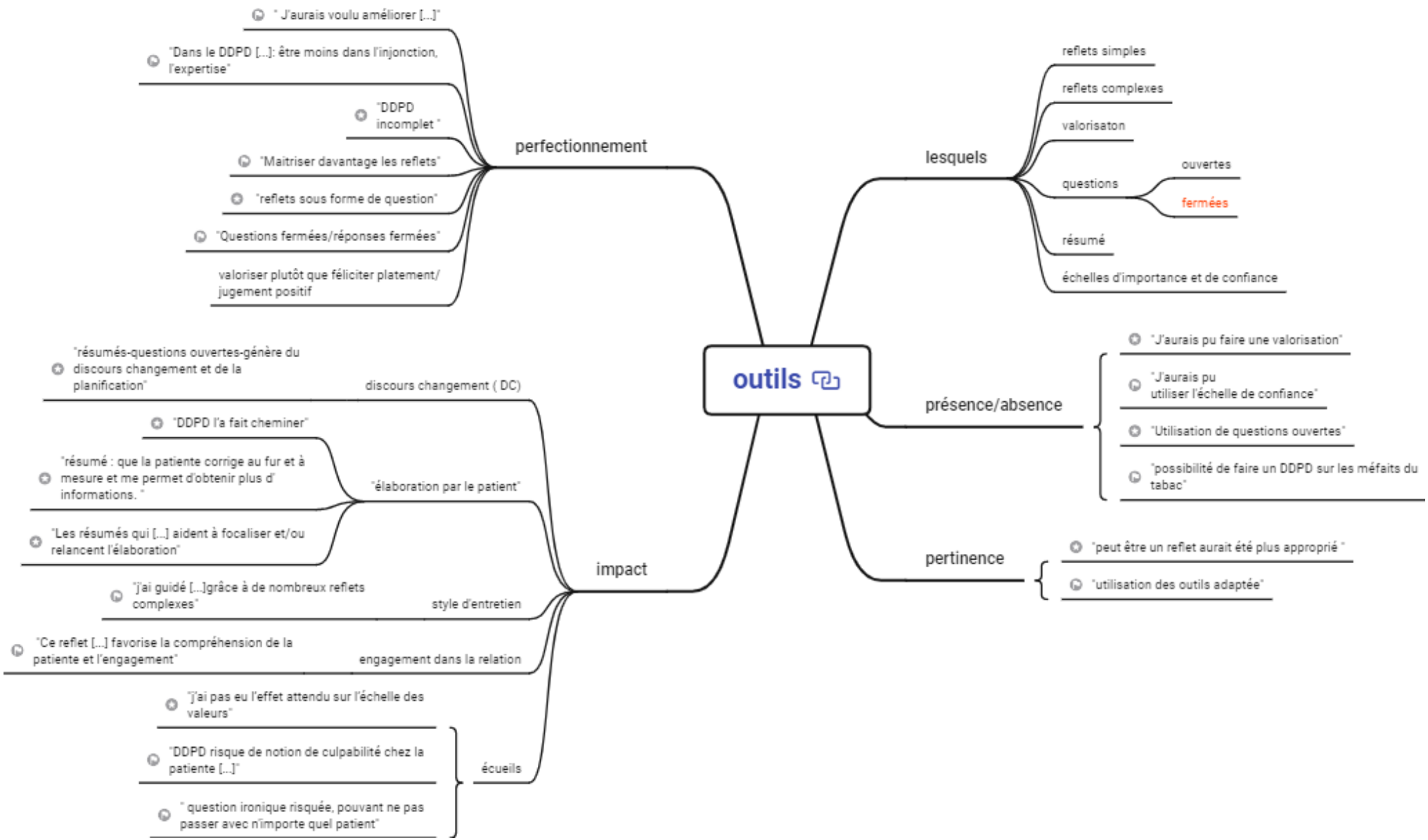
- Outils de l'EM
- Guider vers la direction souhaitée
- Esprit de l'EM
- Processus
- Contexte de l'entretien

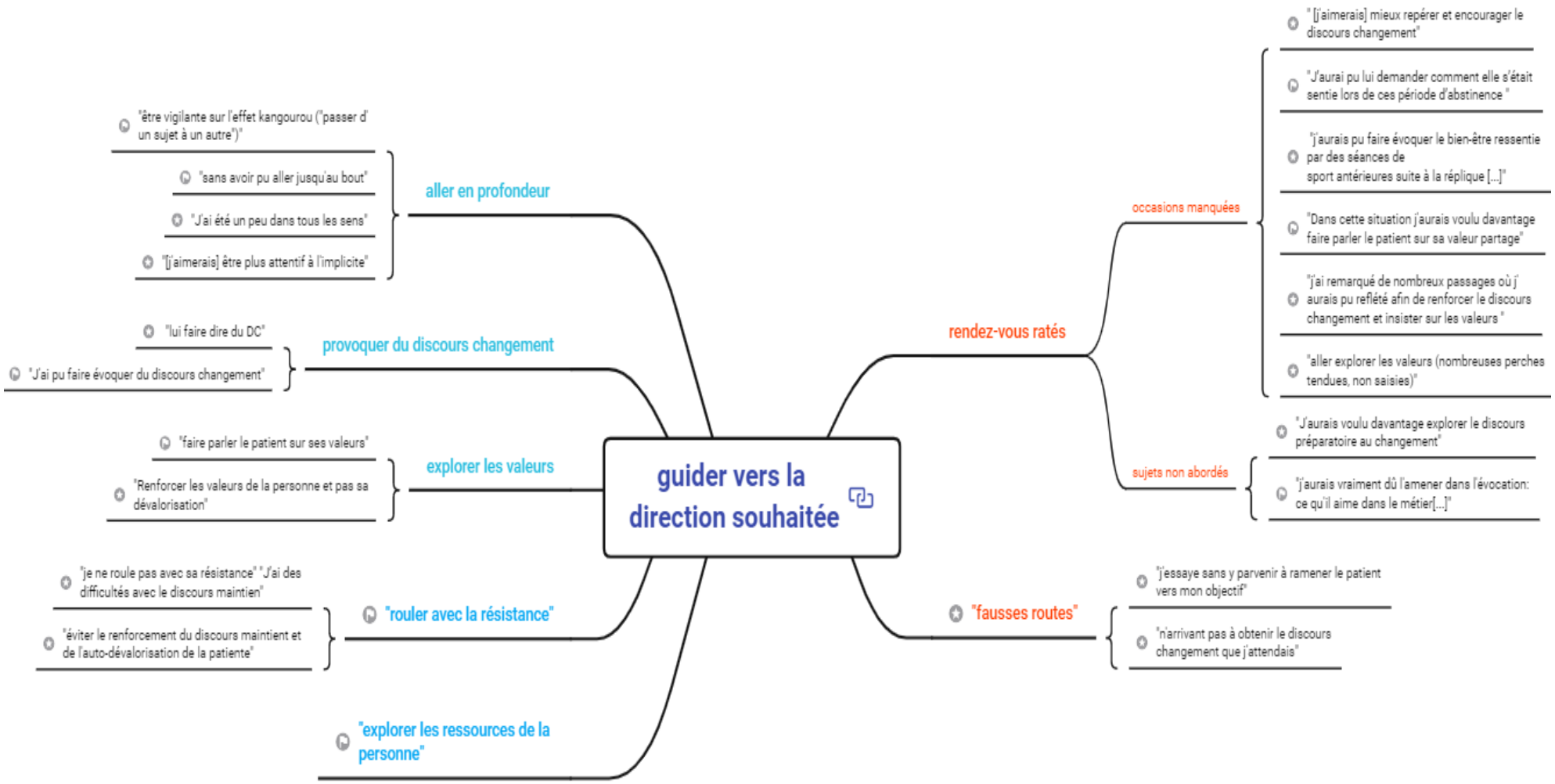
Légende des cartes mentales :

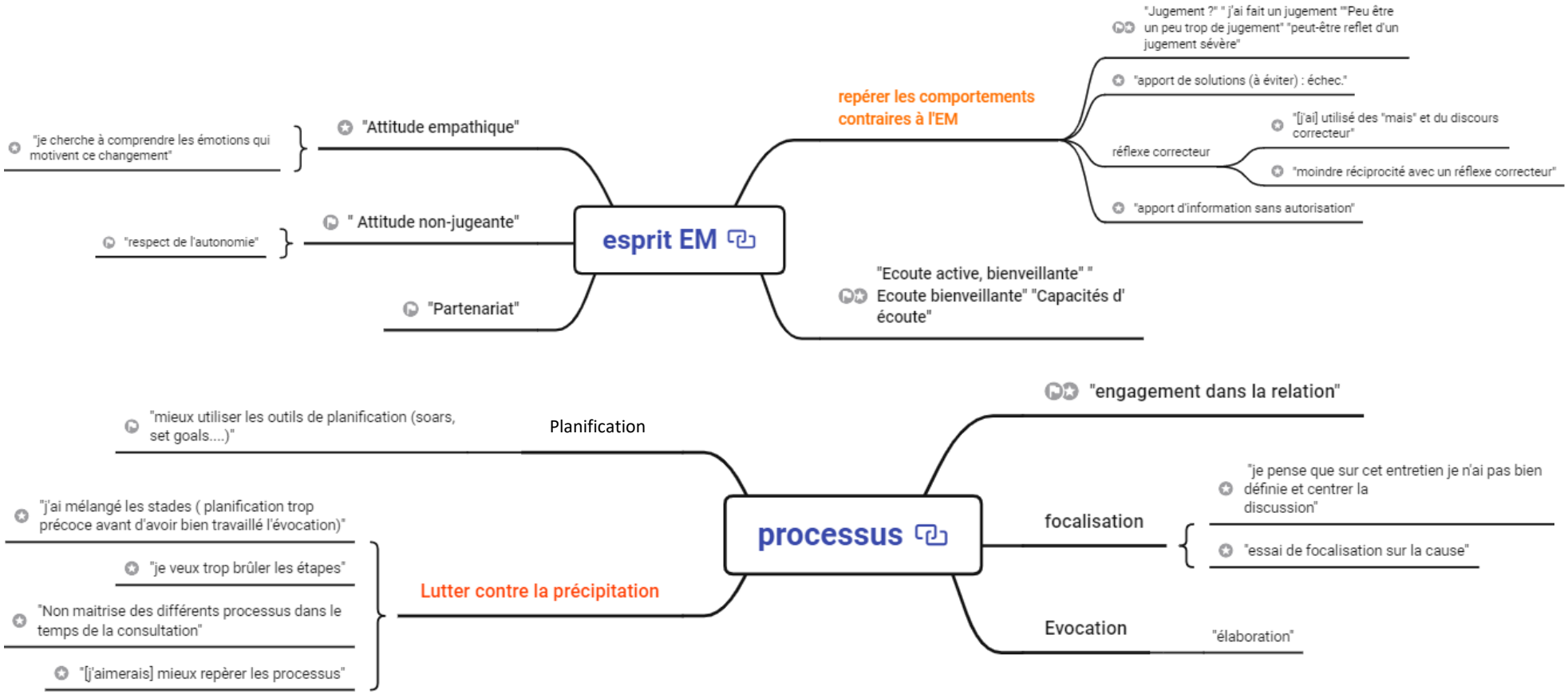
Entre guillemets : les citations issues des questionnaires.

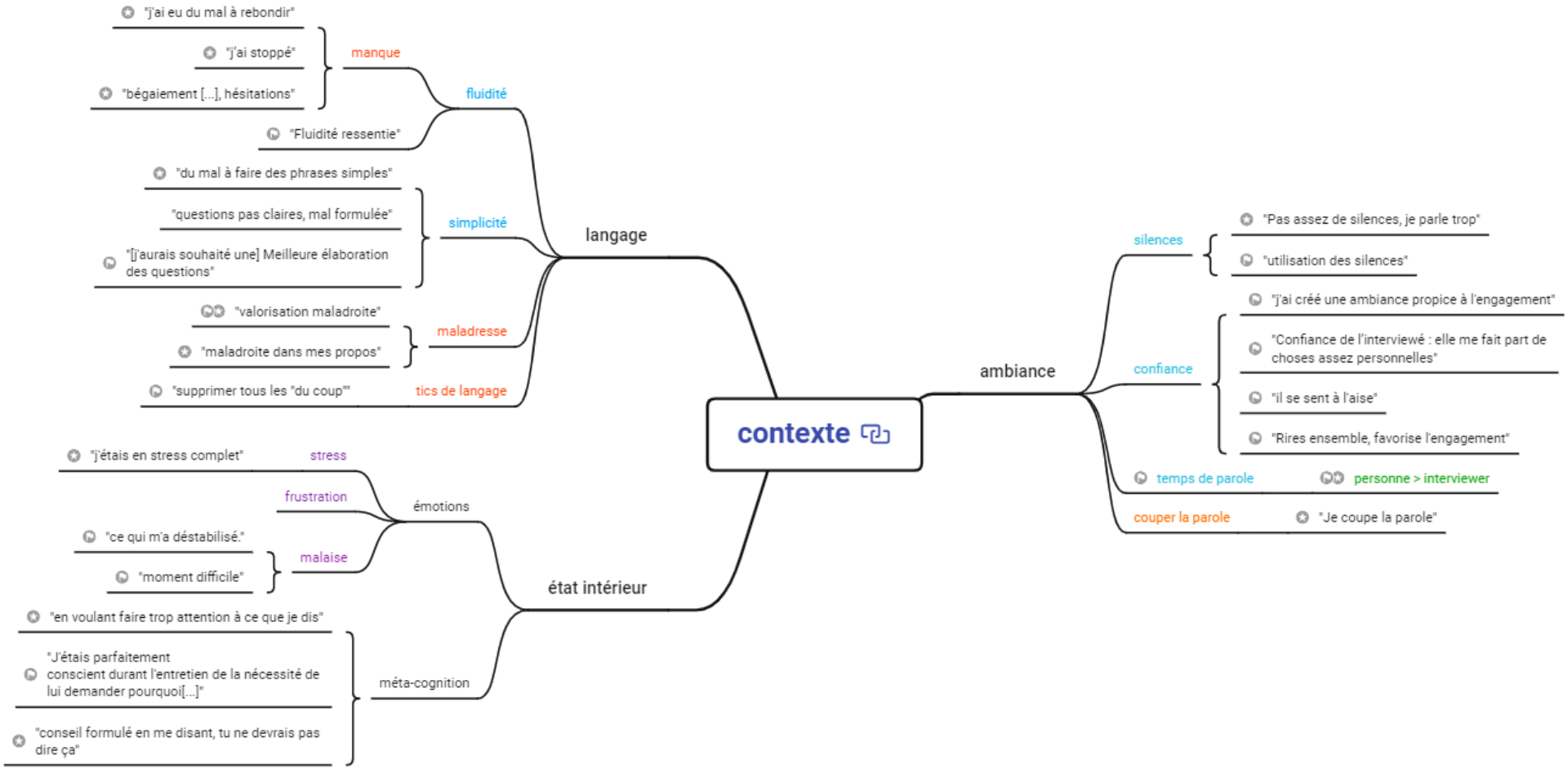
= citation tirée des auto-évaluations de début de DU

= citation tirée des auto-évaluations de fin de DU


outils
perfectionnement
" J'aurais voulu améliorer [...]"
"Dans le DDPD [...]: être moins dans l'injonction, l'expertise"
"DDPD incomplet "
"Maitriser davantage les reflets"
"reflets sous forme de question"
"Questions fermées/réponses fermées"
valoriser plutôt que féliciter platement/ jugement positif
lesquels
reflets simples
reflets complexes
valorisaton
questions
ouvertes
fermées
résumé
échelles d'importance et de confiance
présence/absence
"J'aurais pu faire une valorisation"
"J'aurais pu utiliser l'échelle de confiance"
"Utilisation de questions ouvertes"
"possibilité de faire un DDPD sur les méfaits du tabac"
pertinence
"peut être un reflet aurait été plus approprié "
"utilisation des outils adaptée"
impact
discours changement (DC)
"résumés-questions ouvertes-génère du discours changement et de la planification"
"élaboration par le patient"
"DDPD l'a fait cheminer"
"résumé : que la patiente corrige au fur et à mesure et me permet d'obtenir plus d' informations. "
"Les résumés qui [...] aident à focaliser et/ou relancent l'élaboration"
style d'entretien
"j'ai guidé [...]grâce à de nombreux reflets complexes"
engagement dans la relation
"Ce reflet [...] favorise la compréhension de la patiente et l'engagement"
écueils
"j'ai pas eu l'effet attendu sur l'échelle des valeurs"
"DDPD risque de notion de culpabilité chez la patiente [...]"
" question ironique risquée, pouvant ne pas passer avec n'importe quel patient"


guider vers la direction souhaitée
aller en profondeur
"être vigilante sur l'effet kangourou ("passer d' un sujet à un autre")"
"sans avoir pu aller jusqu'au bout"
"J'ai été un peu dans tous les sens"
"[j'aimerais] être plus attentif à l'implicite"
provoquer du discours changement
"lui faire dire du DC"
"J'ai pu faire évoquer du discours changement"
explorer les valeurs
"faire parler le patient sur ses valeurs"
"Renforcer les valeurs de la personne et pas sa dévalorisation"
"rouler avec la résistance"
"je ne roule pas avec sa résistance" "J'ai des difficultés avec le discours maintien"
"éviter le renforcement du discours maintient et de l'auto-dévalorisation de la patiente"
"explorer les ressources de la personne"
rendez-vous ratés
occasions manquées
" [j'aimerais] mieux repérer et encourager le discours changement"
"J'aurai pu lui demander comment elle s'était sentie lors de ces période d'abstinence "
"j'aurais pu faire évoquer le bien-être ressentie par des séances de sport antérieures suite à la réplique [...]"
"Dans cette situation j'aurais voulu davantage faire parler le patient sur sa valeur partage"
"j'ai remarqué de nombreux passages où j' aurais pu reflété afin de renforcer le discours changement et insister sur les valeurs "
"aller explorer les valeurs (nombreuses perches tendues, non saisies)"
sujets non abordés
"J'aurais voulu davantage explorer le discours préparatoire au changement"
"j'aurais vraiment dû l'amener dans l'évocation: ce qu'il aime dans le métier[...]"
"fausses routes"
"j'essaye sans y parvenir à ramener le patient vers mon objectif"
"n'arrivant pas à obtenir le discours changement que j'attendais"


esprit EM
"Attitude empathique"
"je cherche à comprendre les émotions qui motivent ce changement"
" Attitude non-jugeante"
"respect de l'autonomie"
"Partenariat"
repérer les comportements contraires à l'EM
"Jugement ?" " j'ai fait un jugement ""Peu être un peu trop de jugement" "peut-être reflet d'un jugement sévère"
"apport de solutions (à éviter) : échec."
réflexe correcteur
"[j'ai] utilisé des "mais" et du discours correcteur"
"moindre réciprocité avec un réflexe correcteur"
"apport d'information sans autorisation"
"Ecoute active, bienveillante" " Ecoute bienveillante" "Capacités d' écoute"
processus
"engagement dans la relation"
Planification
"mieux utiliser les outils de planification (soars, set goals....)"
Lutter contre la précipitation
"j'ai mélangé les stades (planification trop précoce avant d'avoir bien travaillé l'évocation)"
"je veux trop brûler les étapes"
"Non maitrise des différents processus dans le temps de la consultation"
"[j'aimerais] mieux repèrer les processus"
focalisation
"je pense que sur cet entretien je n'ai pas bien définie et centrer la discussion"
"essai de focalisation sur la cause"
Evocation
"élaboration"


contexte
langage
fluidité
manque
"j'ai eu du mal à rebondir"
"j'ai stoppé"
"bégaiement [...], hésitations"
"Fluidité ressentie"
simplicité
"du mal à faire des phrases simples"
"questions pas claires, mal formulée"
"[j'aurais souhaité une] Meilleure élaboration des questions"
maladresse
"valorisation maladroite"
"maladroite dans mes propos"
tics de langage
"supprimer tous les "du coup""
état intérieur
émotions
stress
"j'étais en stress complet"
frustration
malaise
"ce qui m'a déstabilisé."
"moment difficile"
méta-cognition
"en voulant faire trop attention à ce que je dis"
"J'étais parfaitement conscient durant l'entretien de la nécessité de lui demander pourquoi[...]"
"conseil formulé en me disant, tu ne devrais pas dire ça"
ambiance
silences
"Pas assez de silences, je parle trop"
"utilisation des silences"
confiance
"j'ai créé une ambiance propice à l'engagement"
"Confiance de l'interviewé : elle me fait part de choses assez personnelles"
"il se sent à l'aise"
"Rires ensemble, favorise l'engagement"
temps de parole
personne > interviewer
couper la parole
"Je coupe la parole"

5. Annexe 5 : Exemple de retranscription codée

	RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N° 11	CODAGE
00:03	Je suis rentré mercredi après-midi ici. Et donc mardi après-midi je me suis acheté une très très bonne bouteille de vin.	
00:06	Oui.	NC
00:08	Un très bon vin.	
00:09	Et pour vous c'était la dernière.	RC
00:11	Et pour moi c'était la dernière. Une bouteille à 30 euros. Un très très bon côte du Rhône, et que j'ai bu avec plaisir, je vous l'jure, honnêtement, en me disant, voilà je tempère.	
00:25	Et vous en faites le deuil maintenant.	RC
00:27	Oui. J'ai fait 2 choses, j'ai fait, symboliques pour moi. J'ai fait ça et j'ai planté un antémis dans le jardin.	
00:34	D'accord.	NC
00:35	Le matin de mon départ ici.	
00:37	Ok.	NC
00:38	En disant tu seras le symbole de mon arrêt.	
00:39	Mmm	NC
00:40	Je suis obligé de m'en souvenir. J'ai emmené une valise et voilà ?	
00:45	Mmm	NC
00:45	C'est tout bête.	
00:46	Et c'est des choses qui...qui pour vous sont importantes et vous pensez que ça peut vous faire tenir…	RC
00:53	Oui oui oui.	
00:53	… et vous permettre de rester abstinent.	RC codé avec se prec
00:54	Je pense que tous les moyens sont bons. Donc voilà...	
00:57	Et ensuite maintenant, alors vous avez fait effectivement ce côté symbolique…	RS
01:03	Oui.	
01:05	Et maintenant quelles sont les autres choses qui vont vous permettre de rester abstinent ?	QU
01:10	Et bah maintenant il faut que je m'oriente vers : que vais-je faire ? C'est-à-dire que je pars en post-cure mercredi matin, pour 5-6 semaines, parce que là j'aurais beaucoup plus de temps qu'ici, ici c'est quand même vraiment sevrage, et donc dans la post-cure va m'emmener normalement à penser à: qu'est-ce que je vais faire quand je vais rentrer à la maison. Je ne veux pas faire quelque chose d'occupationnel pour m'occuper, il faut que ça soit quelque chose dans lequel j'ai un intérêt.	
01:37	Oui.	NC
01:40	Sinon c'est voué à l'échec, quoi, il faut que ça me plaise. J'ai de la chance car j'étais assez sportif avant.	
01:48	Oui.	NC
01:49	Donc j'ai un bon vélo, j'aime la randonnée.	

01:54	Oui.	NC
01:56	Je marchais beaucoup, surtout avec l'amie avec laquelle, parce que je suis avec ma meilleure amie, avec qui on partait en rando tous les deux-trois jours. Et donc ça c'est des choses que je vais reprendre, mais que je ne peux pas faire maintenant physiquement. C'est-à-dire qu'au bout de cinq minutes je suis trop essoufflé. Je m'abst-, j'essaye de faire ici une demi-heure de marche le matin. Je m'assoie, je suis à bout de souffle comme on dit. Et ça je ne veux plus, je ne veux plus. Je veux retrouver la forme que j'avais auparavant. Voilà. Tout est lié.	
02:29	Oui. Vous avez cet objectif, déjà donc effectivement, d'avoir une vision de comment permettre de rester abstinent grâce au sport.	RC
02:38	Oui.	
02:39	Notamment le vélo, la randonnée.	RS
02:40	Oui.	
02:41	Et pour le moment voilà, vous attendez de pouvoir avoir une meilleure forme pour pouvoir le réaliser.	RC
02:49	Oui et de m'inscrire au club de gym dans lequel j'ai fait 2-3 saisons, quand ça allait…mais j'étais trop essoufflé, j'étais trop, j'étais trop en surpoids pour pouvoir continuer.	
02:58	D'accord, donc en intermédiaire comment vous, quelles sont les étapes qui vous permettraient d'aller vers cet objectif ?	CC
03:11	Je ne comprends pas trop bien la question.	
03:15	C'est-à-dire que pour le moment, comme vous dites, vous ne voyez pas comment faire le vélo, vous ne voyez pas comment faire les cours de gymnastique, et en attendant, enfin, comment, qu'est-ce que vous pourriez faire pour aller vers cet objectif, de pouvoir le faire ?	CC
03:35	Bah il y a déjà le fait de ne pas boire va me faire perdre du poids.	
03:40	Mmm	NC
03:41	Il y a aussi le fait qu'on a fait en sorte que mon diabète, la prescription médicale devrait faire en sorte que mon diabète baisse. Et à [Lieu1] il y a le fait d'avoir la possibilité de faire de la gym.	
03:55	D'accord.	NC
03:57	Donc de m'entretenir pendant quelques semaines. L'objectif c'est de perdre quelques kilos pour que je puisse retrouver mon souffle pour pouvoir ensuite commencer quelque chose de fiable en sortant.	
04:10	Vous avez identifié que vous pouvez faire de la gym, là à présent.	RC
04:14	Ah oui, ah oui oui. C'est pas facile, parce que jeudi matin et hier matin, je vous dit, j'ai marché une demi-heure et j'étais essoufflé, on aurait dit une vraie baleine, quoi, échouée sur la plage, tellement je soufflait, c'était affreux. Et ça je veux plus, j'en ai marre, quoi, je... comment on dit en espagnol hasta la (?), quoi je veux dire, c'est...voilà.	
04:40	Sur une échelle de 0 à 10, au niveau de l'importance pour vous, quelle est l'importance de pouvoir réaliser cette activité ?	QU
04:49	Je ne sais pas je dirais 8-9.	
04:53	8-9, pour vous c'est très important.	RS
04:52	Je dirais presque que c'est vital. Ça l'est en fait, vital. Par rapport à ma santé ça l'est, vital, parce que sinon, si je continue comme ça c'est pas 30 ans qu'il me reste à vivre, quoi.	

05:02	Et oui…	NC
05:04	Donc même si je ne suis pas quelqu'un de paranoïaque ou autre, parce que j'ai plutôt un bon, comment on dit… je suis plutôt quelqu'un d'optimiste, mais là, là ça entame mon optimisme. Je sais très bien qu'il faut quand même que je fasse attention et que j'arrête plein de choses, sinon je cours à la catastrophe, donc ça va quoi. Il faut que je…	
05:26	Vous voulez vous battre.	RC
05:27	Ah oui stop oui oui stop oui oui.	
05:31	Et maintenant sur votre capacité à pouvoir y arriver, donc sur une échelle de 0 à 10, pareil. Combien vous mettriez ?	QU
05:42	Bin je mets que 6 parce que je suis motivé mais je ne connais pas encore les capacités que j'ai de pouvoir le faire, tant que j'ai pas encore...le peu que j'ai fait, c'est comme je vous dis, c'est marcher, je m'aperçois que c'est très difficile, pas impossible, donc ça va être long.	
06:01	Mmm	NC
06:02	Ça va être long, j'espère pas trop, non plus, mais ça va être long et difficile, je le sais.	
06:06	Oui vous avez déjà intégré le fait que ça sera difficile.	RS
06:11	Oui difficile et long. Ça ne va pas se faire, en 5 semaines de cure je ne vais pas sortir comme Brad Pitt. Faut pas se leurrer.	
06:21	Et, donc là vous m'avez dit que vous commenceriez de la gymnastique, donc en post-cure.	RS
06:32	En post-cure.	
06:32	Hum, et...et là par exemple, là...est-ce qu'il y a d'autres choses que vous pouvez mettre en place à part la gymnastique en post-cure pour justement commencer un petit peu cette démarche sportive ?	CC
06:48	Ba pour l'instant je commence à marcher. Je marche, j'essaie de marcher, c'est pas j'essaie, je marche une demi-heure, trois quart d'heure par jour.	
06:55	D'accord.	NC
06:57	Ce qui paraît peu pour certains, ce qui est beaucoup quand je dis marche, c'est-à-dire c'est marche continue, c'est pas sur place, c'est-à-dire je vais dans le parc et je marche une demi-heure, trois quart d'heure. Trois quart d'heure étant le maximum que j'ai pu faire.	
07:09	D'accord.	NC
07:11	Je peux pas pour l'instant, après ça m'essouffle, ça me fait trop mal.	
07:16	Oui	NC
07:17	Voilà et je vais y arriver. Petit à petit je sens que je vais arriver plus loin.	
07:23	D'accord.	NC
07:25	Parce que c'est dérisoire 45 minutes.	
07:28	Hum. Qu'est-ce qui vous plaît dans la marche ?	QU
07:31	Le fait de savoir au fur et à mesure que ça me fait du bien.	
07:33	Oui.	NC
07:35	Même si j'ai mal.	
07:37	C'est-à-dire que vous êtes convaincu que…	NC
07:40	Ah je suis absolument convaincu de ce que je suis en train de faire !	
07:42	… que la marche à pied, la gymnastique, le sport…	NC
07:44	Ah oui sinon je ne le ferais pas.	

07:44	… sont des choses qui vont …	NC
07:46	Ah oui oui oui comme je l'ai vécu auparavant, je sais que...oui non, il y a pas de... non c'est sûr.	
07:58	Et le fait d'être à l'extérieur est quelque chose qui vous plaît ?	QU
07:58	Aussi.	
08:00	Aussi.	RS
08:00	Ouais. Dehors, c'est clair.	
08:03	Le contact avec la nature.	RC
08:05	Oui le contact avec... Oui bah je suis tout seul j'ai pas besoin de plus. Bah c'est vrai avant lorsque je faisais de la rando on était 2 et c'est quand même vachement plus agréable, parce qu'on partait toute la journée avec le pique nique et tout, et bon c'est agréable de partager les plaisirs. Bon là je suis tout seul parce que bon j'ai trouvé personne, mais ça ne me gène pas du tout d'être solitaire on va dire dans cette...parce que bon, non.	
08:30	C'est une activité que vous pouvez réaliser quand vous voulez.	RC
08:33	Bah j'ai pas besoin, c'est gratuit, c'est dehors, c'est juste une question de volonté, c'est tout. Une salle de sport il faut payer, il faut payer pour tout. Marcher c'est... c'est une chose qui nous est donnée, quand on-,à la naissance et qu'on peut faire quand on veut quoi. Donc...	
08:51	Hum... Et, donc...Est-ce que vous avez un objectif ? Enfin, comment vous vous fixez des objectifs, par exemple dans la vie de tous les jours par rapport à cette activité ? est-ce que... enfin comment...	QU
09:12	Pour le moment je le fais d'une façon empirique, c'est-à-dire je peux pas me dire à la fin de la semaine je ferais 10 km…	
09:16	D'accord.	NC
09:19	Je ne sais pas du tout. Tout va dépendre au fur et à mesure de ma capacité physique à pouvoir le faire. C'est-à-dire si je plafonne à 45 minutes je plafonnerai à 45 minutes, même si j'essaie de faire plus parce que ce n'est pas suffisant. Je sais qu'il faut que j'arrive à marcher 2 heures par jour.	
09:34	Et vous faites déjà beaucoup d'efforts pour…	VAL
09:36	C'est énorme déjà 45 minutes.	
09:38	… avec tout ce que vous faites là.	VAL codé avec seq prec
09:40	Oui, je ne suis pas quelqu'un qui se plaint. De toute façon quand je rentre des 45 minutes ça ne regarde que moi parce que je ne le dis à personne. Mais je sais que ce n'est pas suffisant. Donc j'attends	
09:47	Vous voulez faire toujours plus…	VAL
09:49	Oui par palier, par palier.	
09:50	Oui vous vous mettez des paliers, déjà.	RS
09:52	Ouais. Si je peux ensuite arriver à 2 heures de marche par jour, et non pas en une seule fois, mais quand j'arriverai à 2 heures de marche par jour ça sera génial.	

	Ce sera génial parce que je pense qu'à ce moment-là j'aurais brûlé de la graisse et ainsi de suite, pour faire en sorte que je puisse entamer autre chose.	
10:10	Et en ce moment à quelle fréquence vous faites cette marche à pied ?	QU
10:14	Tous les jours.	
10:15	Tous les jours.	RS
10:17	Ici dans le parc oui.	
10:18	D'accord.	NC
10:20	Oui, en général le matin. Mais là j'avoue que le Théralène d'hier soir m'a complètement assommé [rires] là je suis un peu dans le cirage.	
10:28	Et dans ce cas-là, quand c'est plus difficile de vous y mettre, comment vous faites pour pouvoir vous astreindre à réaliser cette activité ?	QU
10:43	Je ne sais pas, ça ne m'est pas encore arrivé. Là je me dis que je le ferais cet après-midi.	
10:47	D'accord.	NC
10:49	Voilà.	
10:53	Vous vous donnez encore du temps.	RC
10:54	Oui oui oui. Je savais que ce matin c'était fichu.	
10:55	Oui	NC
10:56	Vu le temps, machin et tout, enfin vu le temps, le temps qui me restait dans la matinée, j'ai dit bon c'est fichu c'est pas grave je le ferais cet après-midi, quoi, après manger. Je veux dire bon, non non.	
11:07	En tous cas vous vous tenez à vos objectifs, vous avez déjà des...	VAL
11:11	Ah oui, oui oui oui oui. Il n'y a rien qui ne m'empêche de le faire donc, il n'y rien qui ne m'empêche à moins que je sois malade.	
11:18	Oui	NC
11:20	Mais sinon il n'y a pas de raison, que je ne le fasse pas quoi. Je m'en voudrais de pas le faire le soir en me couchant me disant merde t'as pas fait tes 45 minutes ou tes 30 minutes de marche. C'était stupide mon pauvre. Donc je vais me flageller là.	
11:31	Pour vous voilà c'est important.	RC
11:37	Ah oui c'est vital même ouais.	
11:39	Et quelle serait l'étape supplémentaire, maintenant pour…Là vous faites quarante-cinq minutes	CC
11:49	Oui max.	
11:54	Maximum. Qu'est-ce que vous pouvez mettre en place comme chose supplémentaire, en plus de cette activité sportive ?	CC codé avec seq prec
12:06	Bah pour le moment je sais pas parce que il y avait des cours de gym hier après-midi mais je dormais. J'avais pas dormi de la nuit donc j'étais fatigué, j'ai dormi. Donc les cours de gym qu'il y a ici jusqu'à mercredi, jusqu'à ce que je parte quoi.	
12:21	Oui.	NC
12:24	Il reste plus que lundi mardi, mais bon c'est rien quoi. C'est pas grave. J'ai essayé le vélo mais bon [rires] impossible [rires].	
12:38	Et enfin, qu'est-ce qui vous plaît d'autre finalement dans dans la vie, des choses qui vous, qu'est ce qui vous plaît ?	QU
12:47	Ouh là ! Musique énormément.	

12:50	Oui.	NC
12:52	La peinture énormément.	
12:54	Oui.	NC
12:56	Je ne peins pas. Mais je suis sur des groupes de peinture, des groupes de musique, là sur google quoi. On échange voilà. Je m'astreins depuis plus d'un an tous les matins, tous les soirs, je propose une toile de maître avec un petit commentaire…	
13:13	Oui	NC
13:15	… et que je présente à tout le monde.	
13:17	D'accord.	NC
13:21	Et j'ai des retours… bah c'est magnifique [Prénom1] ce que tu nous présentes, c'est bien ce que tu fais et tout. Alors c'est pas du tout pour, j'aurais pas de… je le propose, je veux dire… mais quand j'ai pas de commentaires, j'ai pas de commentaires, ça ne me gêne pas plus que ça.	
13:32	Oui	NC
13:33	C'est vrai que c'est agréable quand on me dit : oui c'est bien ce que-tiens tu m'as fait découvrir quelque chose ou autre. C'est bon ça vous fait du bien.	
13:41	Oui ça vous fait du bien.	RS
13:39	De l'ego, pour l'ego, mais sinon… et puis j'échange dans le groupe de musique parce que j'ai toujours aimé le rock. J'ai fait partie du monde du rock il y a quelques années, dans les années 80…	
13:50	Et vous faites de la musique ?	QU
13:52	Et pas du tout [rires] et je ne peins pas non plus. Ca n'empêche pas.	
13:56	C'est quelque chose qui vous plairait de réaliser.	RC
13:59	Ah non ! non pas du tout	
14:01	C'est le fait d'échanger sur ces sujets.	RC
14:02	Ah oui oui oui complètement. Je suis un grand fan de vinyles, de musique rock donc euh…	
14:06	D'accord	NC
14:10	Voilà, de peinture et puis je lis beaucoup.	
14:12	Ok. Ce sont des choses qui vous aident à rester abstinent.	RC
14:16	Ah oui ça ce genre là oui. Contrairement à, par exemple j'adore le cinéma, contrairement à un film. Par exemple je sais que c'est là où j'ai tendance à... quand j'étais seul à la maison, dans mon canapé en train de regarder un film c'est là le moment le plus propice pour boire un coup.	
14:36	Quand vous regardez un film.	RS
14:38	Ouais. Un bouquin je peux pas... je peux pas tourner les pages si j'ai un verre à la main.	
14:45	Oui.	NC
14:47	Ça me fait oublier. Très très bizarre quand je suis sur facebook ou autres, ou dans mes groupes d'art ou de musique, je n'y pense pas du tout. La lecture non plus parce que déjà physiquement on ne peut pas tourner les pages en ayant un verre à la main. Alors que le cinéma, là je suis tout seul dans mon canapé, j'ai 2 mains qui sont libres. Je peux à la	

	fois fumer une cigarette bien que je ne fume plus, et un verre dans la main.	
15:10	D'accord.	NC
15:12	C'est relaxant, je suis tout seul, voilà.	
15:15	Donc le fait de voir un film serait un frein à votre...	RC
15:20	Oui mais en même temps j'ai envie de continuer à regarder des films. Je suis très cinoche aussi, donc j'aime bien le polar…	
15:30	Vous ne voulez pas arrêter.	RS
15:32	Je ne veux pas arrêter de regarder des films, ça serait ballot [rires].	
15:34	Dans ces moments qu'est-ce que vous pourriez faire ?	CC
15:42	Aucune idée. Là je n'ai pas d'idée. Je ne sais pas. Je ne sais pas du tout. D'ailleurs en fait honnêtement je n'y ai pas pensé.	
15:53	D'accord.	NC
15:55	Encore, c'est trop de choses.	
15:55	Oui oui ça fait beaucoup de choses.	RS
15:58	En même pas, en 2 jours et demi là, je sais pas.	
16:00	Oui je comprends bien.	NC
15:59	Je ne sais pas, je suis obligé de prendre les choses les unes après les autres pour résoudre au fur et à mesure. Je ne peux pas… j'ai arrêté de fumer seul il y a 2 ans, on me l'avait proposé dans ma première cure il y a 5 ans, je ne pouvais pas à la fois arrêter l'alcool et à la fois arrêter la clope. C'est, il y en avait un des deux qui n'allait pas marcher. C'est évident j'veux dire, c'est déjà énorme, c'est des drogues dures quoi j'veux dire, c'est... on peut pas, bravo si il y en a qui y arrivent, moi je suis incapable.	
16:30	Et là comme vous dites vous êtes un fan de musique, d'art et cinéphile et c'est effectivement, c'est quelque chose que vous ne comptez absolument pas arrêter…	RC
16:39	Absolument pas.	
16:41	Parce que c'est votre passion...	RC
16:41	Ah non non non mais j'attends qu'une chose c'est que les musées ils ouvrent. Mon premier musée il est à [Lieu2], c'est aller voir l'expo à [Lieu2]. Parce que ça me rapproche du cinéma fantastique et tout ça. Non voilà.	
16:57	...et en même temps vous identifiez effectivement, que ça peut être un moment de fragilité en vous le cinéma.	RC
17:06	Le cinéma, curieusement ouais. Pas le reste, le reste je suis trop pris. C'est pas que le film… comment dire… c'est le contexte en fait.	
17:15	Mmm	NC
17:18	Je suis dans un musée je ne vais pas boire un coup je veux dire… je sais pas…comment dire… alors que le cinéma je suis tout seul, je ne suis pas dans une salle de cinéma, attention…	
17:27	Oui	NC
17:27	je suis à la maison. Parce que sinon moi au cinéma, un film de 2 heures et demi je ne vais pas me boire une canette de bière pendant le film ou fumer une clope…	
17:35	Oui	NC

17:37	mais à la maison oui parce que tout s'y prête, je suis relax, je suis détendu, j'ai un bon film je peux mettre pause quand je veux, je peux me resservir un verre dans le frigo, c'est facile quoi.	
17:46	Vous avez identifié effectivement cette fragilité…	RC
17:49	Ah oui	
17:51	et vous gardez en tête d'y réfléchir.	RC codé avec seq prec
17:53	Je ne sais pas encore pour le moment comment faire. Je ne sais pas, aucune idée. Si on me trouve la solution je la prends. Je ne sais pas, elle viendra sûrement. Je ne sais pas.	
18:08	Ouais après effectivement c'est à vous de trouver la solution.	AA
18:12	Ba si j'arrive à être abstinent je serai abstinent pour tout. Et pour être sur les réseaux sociaux, ou bouquiner, et regarder un film à la maison. Je changerai de boisson, quoi c'est tout. J'irai faire mon eau gazeuse avec la machine à gazéifier la flotte. De toute façon il faut que je trouve un substitut de boisson, et un substitut de boisson j'en ai trouvé il y a 5 ans.	
18:40	Ouais	NC
18:39	Et je vais garder le même, c'est de l'eau gazéifiée.	
18:41	D'accord	NC
18:43	Parce que d'abord je trouve que c'est bon, c'est anti-soif, et puis voilà, ça me fait avoir un verre à la main…	
18:53	Oui	NC
18:55	et de boire, donc voilà c'est ce que j'avais trouvé de mieux.	
19:00	D'accord, et c'est quelque chose qui avait fonctionné.	RC
19:03	Qui avait fonctionné, ouais, ouais, au moins pendant 5 mois. Au bout de cinq mois...	
19:06	C'est quoi qui a fait que vous avez rechuté à ce moment-là ?	QU
19:11	Parce que j'étais bien.	
19:14	Vous étiez trop bien et vous vous êtes senti en confiance.	RC
19:17	En fait voilà on se croit plus fort que le produit, et j'étais tout seul à-j'avais décidé d'aller voir un copain qui tient un restaurant, et donc je me suis installé au bar, il faisait beau, c'était au mois d'octobre, donc ça faisait cinq mois que j'avais arrêté, et j'étais dehors avec un bouquin, j'étais tout seul, tranquille, et puis le copain est arrivé, il m'a dit " tu veux boire quelque chose ?", et je lui dis : ba donne moi... et puis ça m'a traversé l'esprit, en un quart de seconde j'ai dit mais, qu'est-ce que tu risques quoi...je lui dis « donne moi un petit ballon de rosé », il faisait beau, j'étais bien, il faisait bon, et voilà. Et il m'a tourné la tête de suite, et quand il est revenu il m'apportait mon entrée, de suite j'ai commandé un quart de rosé, et puis après...	
20:05	d'accord.	NC

CODAGE ENTRETIEN n°11
Changement cible : *Identifier et initier des activités ou des astuces permettant de maintenir l'abstinence en intégrant une prise de conscience des obstacles.*

SCORES GLOBAUX COMPOSANTS TECHNIQUES	(1→5)	Commentaires
CDC cultiver le discours changement	4	Le plus souvent, reconnait les raisons de changer du patient et les explore lorsqu'elles émergent **Répond souvent au discours-changement avec des reflets qui n'encouragent pas une exploration plus approfondie de la part du patient**
MDM modérer le discours maintien	4	Explore le DM et revient sur les barrières quand le patient est en DC Relance peu sur le DM en élaborant sur le DM

SCORES GLOBAUX COMPOSANTS RELATIONNELS	(1→5)	Commentaires
PAR partenariat	5	Fait systématiquement passer le patient comme décideur (ex : fait évaluer les options citées par le patient)
EMP empathie	5	Beaucoup de RC

DECOMPTE DES COMPORTEMENTS	Décompte	Total
INF donner de l'information		0
PE persuader		0
PEP persuader avec permission		0
QU question		11
RS reflet simple		12
RC reflet complexe		21
VA valoriser		3
CC chercher la collaboration		5
AA accentuer l'autonomie		1
CO confronter		0

SERMENT

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

- Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

- Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction :

Le diplôme universitaire (DU) « Pratique de l'entretien motivationnel » de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes est le seul à ce jour en France à proposer un enseignement étendu sur six mois, de 81 heures. Une formation longue de ce type permet-elle aux étudiants d'acquérir des compétences en entretien motivationnel dans leur pratique réelle ?

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une étude comparative observationnelle sur des entretiens réalisés en conditions réelles, par environ un tiers des participants au DU, en début de DU et à la fin du DU. Le critère de jugement principal était composé des quatre scores globaux de la grille MITI 4.2. Les entretiens étaient retranscrits, randomisés puis codés en aveugle par un binôme de codeurs formés.

Résultats :

Le score « Cultiver le discours changement » a augmenté de façon significative (p-value < 0,05), passant d'une médiane de 3 sur 5 en début de DU, à 4 en fin de DU. Les scores « Modérer le discours maintien » et « Empathie » ont eu tendance à augmenter pendant le DU. Le ratio « Reflets sur Questions » a augmenté de façon significative.

Conclusion :

Au terme du DU, les participants à l'étude se sont améliorés dans leur pratique réelle en entretien motivationnel. Ce travail encourage le développement en France de formations longues, intégrant une pratique intensive et une supervision. Leur évaluation conjointe basée sur une grille d'analyse reconnue internationalement permet d'attester de leur efficacité.

Mots-clefs : entretien motivationnel ; évaluation de la formation ; médecine préventive.