



HAL
open science

Le transfert d'apprentissage en médecine générale au sein du couple maître de stage universitaire (MSU) / interne de SASPAS autour du changement de comportement du patient : étude qualitative auprès des maîtres de stages universitaires en Franche-Comté

Safia Chekatt

► **To cite this version:**

Safia Chekatt. Le transfert d'apprentissage en médecine générale au sein du couple maître de stage universitaire (MSU) / interne de SASPAS autour du changement de comportement du patient : étude qualitative auprès des maîtres de stages universitaires en Franche-Comté. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04761444

HAL Id: dumas-04761444

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04761444v1>

Submitted on 31 Oct 2024

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 - NoDerivatives 4.0 International License

ANNEE 2024 - N° 24 – 067

Le transfert d'apprentissage en médecine générale au sein du couple maître de stage universitaire (MSU) / interne de SASPAS autour du changement de comportement du patient : étude qualitative auprès des maîtres de stages universitaires en Franche-Comté

THÈSE

présentée et soutenue publiquement
le 20 juin 2024 à 13 h 30
pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Safia CHEKATT

Née le 20 juillet 1993 à Strasbourg (Bas-Rhin)

La composition du jury est la suivante :

Président :	Pr Djamila BENNABI	Professeure des Universités
Directeur de la thèse :	Dr Benoît DINET	Professeur Associé
Juges :	Dr Anne-Lise BOLOT	Maître de Conférences Associée
	Dr Marion BONVALOT	Maître de Stage Universitaire
	Dr Philippe GENTNER	Maître de Stage Universitaire



ANNEE 2024 - N° 24 – 067

Le transfert d'apprentissage en médecine générale au sein du couple maître de stage universitaire (MSU) / interne de SASPAS autour du changement de comportement du patient : étude qualitative auprès des maîtres de stages universitaires en Franche-Comté

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 20 juin 2024 à 13 h 30

pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Safia CHEKATT

Née le 20 juillet 1993 à Strasbourg (Bas-Rhin)

La composition du jury est la suivante :

Président :	Pr Djamila BENNABI	Professeure des Universités
Directeur de la thèse :	Dr Benoît DINET	Professeur Associé
Juges :	Dr Anne-Lise BOLOT	Maître de Conférences Associée
	Dr Marion BONVALOT	Maître de Stage Universitaire
	Dr Philippe GENTNER	Maître de Stage Universitaire



UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTÉ
 BESANÇON

DIRECTEUR

PROFESSEUR THIERRY MOULIN

DIRECTEUR ADJOINT

PROFESSEUR XAVIER BERTRAND

DOYEN PHARMACIE

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE **MME CAROLE COINTEAU**

DEPARTEMENT MEDECINE

DOCTEUR MALIKA BOUHADDI (MCU-PH)

DIRECTRICE DES ÉTUDES

PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS

ASSESEUR 1ER CYCLE

PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE

ASSESEUR 2EME CYCLE

PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE

ASSESEUR 3EME CYCLE

PROFESSEUR BENOIT DE BILLY

COORDINATEUR CHIRURGIE

PROFESSEUR BENOIT DINET

COORDINATEUR MEDECINE GENERALE

DEPARTEMENT PHARMACIE

PROFESSEUR XAVIER BERTRAND

DOYEN PHARMACIE

PROFESSEUR LHASSANE ISMAILI

DIRECTEUR DES ETUDES

PROFESSEUR SAMUEL LIMAT

COORDINATEURS 3E CYCLE

PROFESSEUR VIRGINIE NERICH

DEPARTEMENT MAÏEUTIQUE

MARILIA GIRAULT (SAGE-FEMME)

COORDINATRICE PEDAGOGIQUE

DEPARTEMENT ODONTOLOGIE

PROFESSEUR EDOUARD EUVRARD (PAST)

COORDINATEURS PEDAGOGIQUES

DR SOPHIE PECHOUX (MAST)

DR JEAN-PIERRE SALOMON (MCU-PH)
(Université. LORRAINE)

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ORTHOPHONIE

PROFESSEUR ELOI MAGNIN

COORDINATEURS PEDAGOGIQUES

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : KINESITHERAPIE

ALEXANDRE KUBICKI (MONTBELIARD) (MCF)

COORDINATEURS PEDAGOGIQUES

YOSHIMASA SAGAWA (MCF)

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE

JULIE LAPREVOTTE (MAST)

COORDINATRICES PEDAGOGIQUES

CLEMENCE VALLIER (MAST)



DEPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

ALINE CHASSAGNE (MCF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
JEAN MAILLET-CONTOZ (MAST)	
CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS IFSI)	
DR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)	
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER	COORDINATEUR PEDAGOGIQUE IPA

DEPARTEMENT DE PEDAGOGIE

PROFESSEUR CLEMENT PRATI	RESPONSABLE
PROFESSEUR SEBASTIEN PILI-FLOURY	CENTRE DE SIMULATION
PROFESSEUR BENOIT DINET	
FRANK VERHOEVEN (MEDECINE)	
MARILIA GIRAULT (MAIEUTIQUE)	
MARC PUDLO (PHARMACIE)	
YOSHIMATA SAGAWA (REEDUCATION)	
LAURENCE GANDON (INFIRMIER)	

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF	ASSESEUR
---------------------------	----------

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL	ASSESEUR RECHERCHE - PRESIDENTE
PROFESSEUR FREDERIC AUBER	VICE-PRESIDENT

CHARGES DE MISSIONS

<i>FORMATION CONTINUE</i>	MME SYLVIE DEVAUX (MCF)	COORDINATEURS
<i>HISTOIRE DE LA MEDECINE</i>	PROFESSEUR LAURENT TATU	COORDINATEURS
	DOCTEUR PHILIPPE MERCET	COORDINATEURS
<i>RELATIONS INTERNATIONALES</i>	DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)	
		COORDINATEUR
<i>ALUMNI-USB</i>	PROFESSEUR GILLES CAPELLIER (EMERITE)	
	PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE) PRESIDENT HONORAIRE	

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

- PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
Me	Cindy	BARNIG	PNEUMOLOGIE
Me	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	BESCH	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	BIBEAU	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Me	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
Me	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	CHOPARD	CARDIOLOGIE
M.	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Me	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M.	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLOUX	NÉPHROLOGIE
M.	Jean- Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M.	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Me	Anne-Sophie	GAUTHIER	OPHTALMOLOGIE
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE D'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Me	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Paul	KUENTZ	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
M.	Zaher	LAKKIS	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Quentin	LEPILLER	VIROLOGIE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Me	Nadine	MAGY-BERTRAND	MEDECINE INTERNE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatistiques, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	MICHEL	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
Me	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

M.	Nicolas	MOTTET	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE
Me	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M.	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	PERROTTI	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	PITON	MEDECINE INTENSIVE REANIMATION
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M.	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
Me	Lucie	SALOMON DU MONT	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
Me	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M.	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Pierre	TIBERGHIE	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
Me	Lauriane	VULLIEZ COADY	PEDO-PSYCHIATRIE
Me	Lucine	VUITTON	GASTRO-ENTEROLOGIE
Me	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Régis	AUBRY	ÉPISTEMOLOGIE-SOINS PALLIATIFS
M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Gilles	CAPELLIER	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MEDECINE LEGALE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Me	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Patrick	PLESIAI	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Me	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS
- PRATICIENS HOSPITALIERS

Me	Clotilde	AMIOT	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
Me	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE
M.	Matthieu	BEREAU	THERAPEUTIQUE
Me	Oxana	BLAGOSKLONOV	BIOLOGIE ET MÉDECINE DÉVELOPPEMENT ET DE REPRODUCTION
Me	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Me	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	BOUILLER	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Paul	CALAME	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Yann	CHAUSSY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Me	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	DESMARETS	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION
Me	Julie	GIUSTINANNI	PSYCHIATRIE ADULTE-ADDICTOLOGIE
M.	François	LOISEL	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Me	Tania	MARX	MÉDECINE D'URGENCE
Me	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M.	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Me	Charlée	NARDIN	DERMATOLOGIE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Me	Isabelle	PLUVY	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTIVE, ESTHETIQUE
Me	Anais	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Zoher	SELMANI	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
Me	Delphine	WEIL-VERHOEVEN	HEPATOLOGIE
M.	Hadrien	WINISZEWSKI	MÉDECINE INTENSIVE-RÉANIMATION

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Rémi	BARDET	MÉDECINE GÉNÉRALE (PROFESSEUR)
M.	Francis	BERTHIER	ANESTHESIE-REANIMATION (PROFESSEUR)
Me	Anne-Lise	BOLOT	MÉDECINE GÉNÉRALE (MCF)
M.	Benoit	DINET	MÉDECINE GÉNÉRALE (PROFESSEUR)
Me	Catherine	GAY	GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE (PROFESSEUR)
M	Abdo	KHOURY	MÉDECINE D'URGENCE (PROFESSEUR)
Me	Aurore	LEBEAU-JEUNET	MEDECINE GENERALE (MCF)
M.	Thierry	LEPETZ	MÉDECINE GÉNÉRALE (MCF)
M.	José-Philippe	MORENO	MÉDECINE GÉNÉRALE (PROFESSEUR)
M.	Jean-Michel	PERROT	MÉDECINE GÉNÉRALE (PROFESSEUR)
M.	Thomas	RODRIGUEZ	MÉDECINE GÉNÉRALE (MCF)
Me	Esther	SZWARC	SANTE AU TRAVAIL (MCF)
Me	Anne-Lise	TREMEAU	MÉDECINE GÉNÉRALE (MCF)

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Me	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Me	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
Me	Corine	GIRARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	LIRUSSI	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE
Me	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALENIQUE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE
Me	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEUR EMÉRITE

Me	Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
----	----------	--------------	---------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES

Me	Aurélie	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Me	Céline	BOUVIER-SLEKOVEC	HYGIENE PREVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
Me	Anne-Laure	CLAIRET	SCIENCES DU MEDICAMENT
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Me	Sylvie	DEVAUX	PHYSIOLOGIE
Me	Jeanne	GALAINE	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Me	Marie	KROEMER	SCIENCES DU MEDICAMENT ET AUTRES PRODUITS DE SANTE
Me	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Me	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Brice	MOULARI	PHARMACIE GALENIQUE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Florian	RENOSI	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
M.	Gwenaël	ROLIN	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES (ODONTOLOGIE)
Me	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
M.	François	SENEJOUX	PHARMACOGNOSIE
Me	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Lionel	PAZART	SANTÉ PUBLIQUE (PROFESSEUR)
----	--------	---------------	-----------------------------

ODONTOLOGIE

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	Gwenaël	ROLIN	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES (ODONTOLOGIE)
M.	Jean-Pierre	SALOMON	DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHÈSES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX (DÉLÉGATION DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE)

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

Me	Hélène	BIGEARD	ODONTOLOGIE (MCF)
M.	Edouard	EUVRARD	CHIRURGIE ORALE – ODONTOLOGIE (PROFESSEUR)
Me	Sophie	PECHOUX	ODONTOLOGIE (MCF)
Me	Sylvie	ROMAGNA	ODONTOLOGIE (PROFESSEUR)

PROFESSIONS DE SANTE

Me	Aline	CHASSAGNE	SCIENCES INFIRMIERES (MCF)
M.	Jean	MAILLET-CONTOZ	SCIENCES INFIRMIERES (MAST)
M.	Alain	DEVEVEY	SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE (MCF)
M.	Alexandre	KUBICKI	SCIENCES REEDUCATION - KINESITHERAPIE (MCF)
M.	Yoshimasa	SAGAWA JUNIOR	SCIENCES REEDUCATION - KINESITHERAPIE (MCF)
Me	Emilie	CERUTTI	KINESITHERAPIE (MAST)
M.	Charles-Henry	MAXENCE	KINESITHERAPIE (MAST)
Me	Marine	BRIKA	KINESITHERAPIE
M.	Clément	GRIESSINGER	KINESITHERAPIE
Me	Mélanie	MICHELIN-VAUTIER	KINESITHERAPIE
Me	Marie-Carole	PLAY	KINESITHERAPIE
M.	Jérôme	PLONGERON	KINESITHERAPIE
M.	Maxime	WERNER	KINESITHERAPIE
Me	Anne-Sophie	RIOU	ORTHOPHONIE (MAST)
Me	Carine	PETIT	ORTHOPHONIE (MAST)
Me	Laurence	DEFORET	ORTHOPHONIE (MAST)
Me	Julie	LAPREVOTTE	ERGOTHERAPIE (MAST)
Me	Margaux	GUIMARD	ERGOTHERAPIE
Me	Clemence	VALLIER	PSYCHOMOTRICITE (MAST)
Me	Mélanie	DIEMER	PSYCHOMOTRICITE
Me	Lola	VUILLAUME	PSYCHOMOTRICITE
M.	Pierrick	BOYER	PSYCHOMOTRICITE

AUTRES ENSEIGNANTS

Me	Vanessa	MARTIN	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
Me	Anna	MKRTCHIAN	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
M.	Charles Dale	SANTANA	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
M.			PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS

Mise à jour 02/10/2023





Remerciements

À notre présidente du jury,

Madame la Professeure Djamila BENNABI

Professeure des Universités – Praticien Hospitalier

Vous nous faites l'honneur, ce grand jour, de présider notre jury de thèse. Nous vous en remercions de tout cœur. Merci également pour votre évaluation de notre travail, votre point de vue et vos remarques. Soyez assurée de notre profond respect et de notre gratitude.

Aux membres du jury de thèse,

Madame Anne-Lise BOLOT

Maître de Conférences Associée

C'est un honneur de vous compter parmi les membres du jury de notre thèse. Nous vous remercions chaudement de l'intérêt que vous portez à notre travail et de l'apport que vous pourrez faire. Soyez assurée de notre sincère reconnaissance.

Madame Marion BONVALOT

Maître de Stage Universitaire

C'est avec honneur que vous vous comptons parmi les membres du jury de notre thèse. Nous vous sommes reconnaissants pour tout votre intérêt, mais également votre précieux retour en tout début de projet. Dans l'attente de vos pertinentes observations, soyez assurée de notre respect le plus sincère.

Monsieur Philippe GENTNER

Maître de Stage Universitaire

Merci de nous faire l'honneur de nous accompagner en ce jour si important, au sein des membres du jury de notre thèse. Je te remercie tout particulièrement pour ton accompagnement en tant que Maître de Stage, ta disponibilité, ta bonne humeur. Sois assuré de notre profonde reconnaissance.

À notre directeur de thèse,

Monsieur Benoît DINET

Professeur Associé des Universités

Pour avoir accepté de diriger ce travail, pour nous avoir gratifié d'une aide et de conseils précieux tout au long du projet. Nous te remercions sincèrement de nous avoir permis de mener à bien ces travaux. Avec tout notre respect et notre gratitude.





À ma famille,

À ma mère, qui attend ce jour depuis trente ans, d'après ses dires. Tu es le soleil de notre famille, la plus douce et la plus aimante.

À mon père, qui a fait de moi celle que je suis. À ton image, je n'abandonne pas, je suis fière et combative.

À mes sœurs, Radia, Djemaa et Maliha, qui répondent toujours présentes quand il s'agit de parler, quand il s'agit de s'amuser, quand il s'agit de s'entraider.

À mes frères, Hicham et Salah, pour m'avoir écoutée réciter mes cours pendant les longs trajets de bus. Pour m'avoir construit un matériel informatique du tonnerre pour rédiger cette thèse. Et pour le SAV exceptionnel !

À mon oncle Amar et à ma grand-mère Khadidja, qui se sont éteints avant la finalisation de mon parcours.

À ma grand-mère Aicha et à mon oncle Ahmed, auprès de qui j'ai passé très peu de temps avant leur disparition, avec regret.

À mes tantes Samia, Fouzia, à mon oncle Aziz et mes cousines et cousins.

À ma grande cousine, Nasseria, sa bonne humeur et son humour.

À ma meilleure amie depuis toujours, Amani, un soutien inconditionnel. À son fils, mon filleul **Naël,** que j'aime comme mon neveu et à ses parents, **Naima et Abdelkader,** qui m'ont quasiment vue grandir.

À mon fiancé, Yacine, pour son soutien indéfectible et sa force tranquille. **À ses parents Fatiha et Abdelhamid,** et à **ses sœurs, Wisame et Linda.**

À mes copines de fac, Elodie et Alice. À mes copines de stage, Léa, Manon et Charlène. Nous avons partagé un bout de chemin ensemble et j'y repense avec nostalgie.

À Elisa et Philippe qui, je l'espère, partageront un autre bout de chemin avec moi.

À Lauric et à notre belle aventure thésarde.



Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers
condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être
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.

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

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes
confrères si j'y manque !



Table des matières

I. Introduction	21
II. Matériel et Méthodes	29
III. Résultats	33
IV. Discussion	55
V. Conclusion.....	65
Annexes.....	67
Bibliographie.....	83
Plan détaillé.....	89
Imprimatur du directeur de l’UFR.....	91
Résumé.....	93



Liste des abréviations et synonymes

MG : Médecine générale

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

ACP : Approche Centrée Patient

EBM : Evidence Based Medicine

EM : Entretien Motivationnel

MITI : Motivational Interviewing Treatment Integrity

AFDEM : Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

HAS : Haute Autorité de Santé

DUMG / DMG : Département universitaire de Médecine Générale

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

MSU : Maître de Stage Universitaire

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

DU : Diplôme Universitaire

SODEV : Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo

I. Introduction

1. Les bases de l'approche par compétences en médecine générale, notamment en communication

En médecine générale, une communication efficace est essentielle au développement d'une relation médecin-patient de qualité.

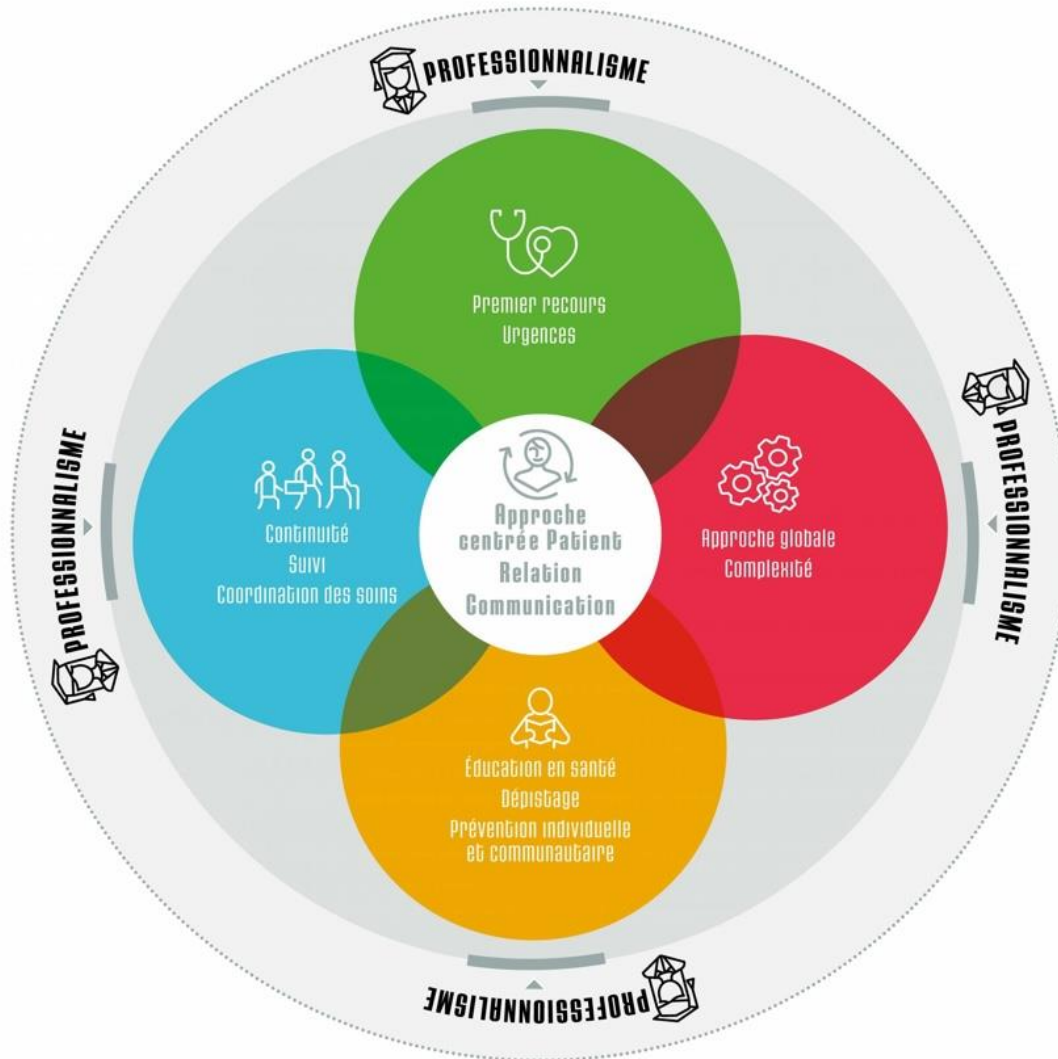
En 2009, Sarah Bonel montrait dans sa thèse que 76.5% des internes de médecine générale (MG) rencontraient des difficultés relationnelles dans leur pratique et que 72% d'entre eux déclaraient que l'enseignement universitaire n'était pas adapté pour leur permettre de les résoudre (1).

Violaine Querbes constatait dans sa thèse de 2015 une amélioration de la qualité de la relation médecin-patient et de la satisfaction professionnelle chez les médecins généralistes formés aux techniques relationnelles et de communication (2).

Ainsi, depuis la réforme du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de MG pour la rentrée 2017-2018, la formation des étudiants à la communication constitue une priorité dans le cursus universitaire et s'appuie notamment sur la « Marguerite des compétences » (**Figure 1**), modèle pédagogique d'apprentissage développé par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), centré sur l'acquisition et le développement de 6 compétences importantes pour la formation initiale des médecins généralistes (3). Parmi elles, on retrouve au centre, la relation médecin-patient, la communication et l'approche centrée patient (compétence ACP), le tout schématisé au cœur du professionnalisme (4).

Le modèle ACP se définit par une méthode systémique clinique reconnue internationalement (5), développée à partir des travaux de M. Balint (6) et C. Rogers (7), visant à mettre le patient et son projet personnel de soin au centre de la relation médecin-patient.

La confrontation de l'étudiant à 11 différentes familles de situations illustrant au mieux la diversité de la pratique en médecine générale (8), accompagnée du recueil de traces d'apprentissage, permet l'évaluation de la compétence du futur médecin généraliste au cours de son cursus de 3^e cycle. On attend que « *l'interne soit en capacité de poser un diagnostic global de la situation selon le modèle biopsychosocial, d'élaborer un projet d'intervention négocié avec le patient, de mettre en œuvre un projet de soin selon le modèle Evidence Based Medicine (EBM), d'effectuer un suivi rapproché, d'assurer la continuité de la prise en charge, puis d'effectuer un suivi différé dans le temps.* » (8–10)



Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les **6 compétences principales** de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.



SOURCE : d'après C. ATTALI, P. BAIL et al. groupe « niveaux de compétences » du CNGE

Concept et graphique : jehanne.fr

Figure 1 : Marguerite des compétences des médecins généralistes. CNGE.

2. Le diagnostic de situation

Le diagnostic de situation « *consiste non seulement à observer une personne dans son contexte mais aussi à en réaliser une approche systémique qui apprécie simultanément ses dimensions organique, relationnelle et environnementale, et leurs interactions* » en partant du principe que « *la plainte du patient et sa souffrance se manifestent dans un contexte humain, culturel et matériel complexe avec une interaction forte entre les composantes multiples de sa situation.* » (11)

Le diagnostic de situation constitue donc un diagnostic plus large que le diagnostic de maladie et est traité en parallèle de l'EBM dans le Manuel théorique de médecine générale (12), revenant sur le rôle originel de ce diagnostic visant à la prise en charge globale du patient selon ses préférences, les circonstances cliniques et les données actuelles de la science (**Figure 2**).

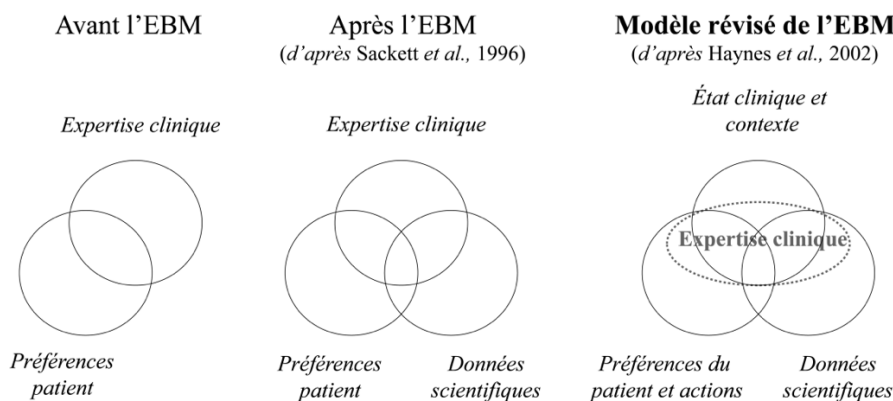


Figure 2 : Évolution du modèle de la décision EBM. Médecine factuelle et recommandations de bonne pratique (13)

Dans sa forme la plus traditionnelle, une consultation médicale se construit sur une demande, une problématique faite par le patient aboutissant à une réflexion diagnostique et thérapeutique, accompagnée ou non d'un examen clinique et se terminant le plus souvent par une prescription. À une problématique donnée, une solution est proposée.

Ce schéma de consultation fonctionne relativement bien pour les pathologies aiguës mais peut se révéler inadapté dans des situations chroniques où le praticien peut avoir besoin de différer sa prise de décision, notamment dans le cas où il doit s'adapter au rythme du patient.

3. Le modèle transthéorique du changement

Nous retrouvons cette notion de « s'adapter au rythme du patient » dans le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente (14) qui décrit les étapes du processus de changement de comportement (**Figure 3**). Ce modèle se montre pertinent pour la prise en charge de toute pathologie nécessitant un changement de comportement dans un contexte de suivi au long court.

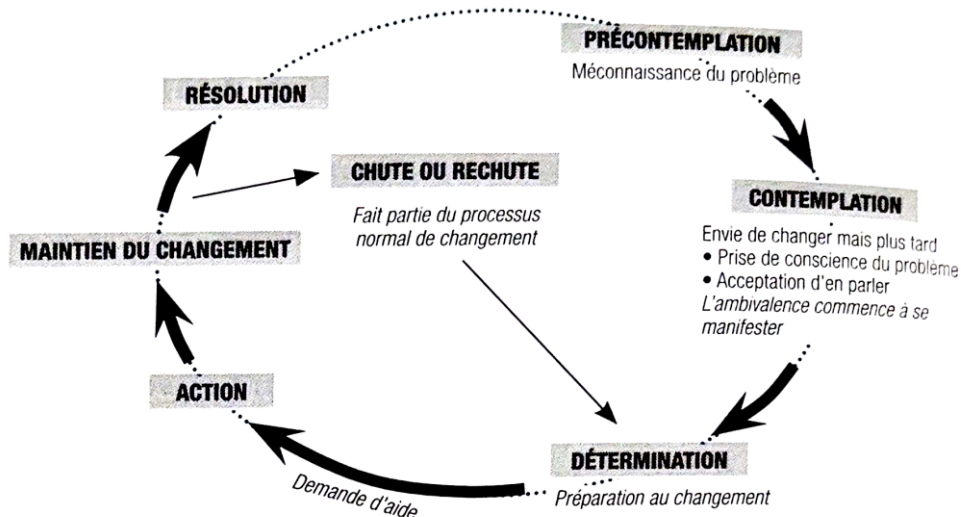


Figure 3 : Le processus de changement de Prochaska et Di Clemente. Manuel théorique de médecine générale (12)

Ce modèle permet de situer le patient sur la roue du changement et permet l'introduction des concepts d'**ambivalence** et de **résistance**, puisqu'il s'agit de permettre au patient de faire face à son ambivalence concernant un changement afin de dépasser ses résistances à celui-ci.

4. Le concept d'entretien motivationnel

L'outil préférentiel permettant de susciter la motivation au changement est l'**entretien motivationnel (EM)**.

D'après l'ouvrage de référence de W. R. Miller et S. Rollnick, « *l'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. Il vise en particulier à conduire des conversations de telle façon que les personnes puissent évoquer un changement pour elles-mêmes, en se fondant sur leurs propres valeurs et leurs propres intérêts. Il s'agit d'un style d'intervention centré sur la personne qui s'intéresse à la question usuelle de l'ambivalence face au changement.*

En résumé, l'entretien motivationnel est un style de communication collaboratif et centré sur un objectif, avec une attention particulière au langage de changement. Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif précis en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme. » (15)

Plus de trois décennies après son introduction, et d'après la littérature, il en ressort que l'EM est une intervention clinique fondée sur des preuves. De nombreux travaux se sont efforcés, à travers des revues de littérature, à démontrer l'efficacité de l'EM. On note notamment une revue récente de 2018 ayant synthétisé les revues systématiques et méta-analyses d'essais cliniques randomisés publiés depuis 2000 sur l'efficacité de l'EM sur les changements de comportement dans le domaine de la santé chez les adultes. Les résultats montrent alors que l'EM semble efficace principalement dans le domaine de la prévention et de la promotion de l'activité physique, et ce à un niveau de preuve modéré (16).

Les difficultés à démontrer à un niveau de preuve plus important l'efficacité de l'EM sont partiellement expliquées par la variabilité des types d'interventions étudiées malgré la dénomination d'EM, d'où le développement du score MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity) (17) pour évaluer de manière quantitative la qualité de l'EM. Cet outil, tentant de rendre objectif et évaluable une intervention plutôt subjective et adaptative, est optimisé et révisé régulièrement pour « *inclure une dimension sur l'exploration personnelle exprimée par le patient en cours d'entretien et ainsi porter un regard sur la sélectivité et le renforcement de cette exploration. [Cela] permettrait de porter un regard plus constructif face à l'évocation du discours-changement.* » (T. Moyers et al, Conférence à propos du MITI, Forum de San Diego, 2011).

Les données de la littérature sont suffisamment nombreuses pour indiquer que l'EM permet d'avoir un effet significatif dans le changement de comportement des patients, mais également dans le ressenti des soignants, comme l'est rapporté dans le travail de thèse qualitative de Charlotte Alam-Solty en 2013 : les médecins formés par l'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel (AFDEM) rapportaient une influence positive dans leurs relations avec les patients et leur éthique professionnelle, ainsi qu'une plus grande satisfaction, une moindre frustration et un regain de confiance dans leur pratique en lien avec un renforcement de leur sentiment d'efficacité personnelle (18). Cet effet était d'autant plus important qu'ils étaient formés à l'EM et le pratiquaient régulièrement.

L'EM est une intervention clinique qui peut être relativement brève et tout autant, si ce n'est plus, efficace, comme l'ont démontré certaines études (19,20).

L'EM est une intervention clinique définissable et vérifiable (score MITI), avec des mécanismes d'action testables, généralisables à plusieurs champs d'action (addictions, psychiatrie, observance médicamenteuse et suivi des pathologies chroniques, prévention, récemment dans le champ de l'éducation, des services pénitentiaires, du travail, avec des adaptations transculturelles ou aux populations atteintes de troubles cognitifs). L'EM est complémentaire à d'autres méthodes thérapeutiques (thérapies cognitives et comportementales, éducation thérapeutique, traitement pharmacologique, santé publique, avec des références bibliographiques très nombreuses) et transmissible à de nombreux types d'intervenants (médecins, psychologues, infirmiers... et en dehors de la santé).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande elle-même son utilisation et reconnaît son efficacité en médecine générale pour les changements de comportement à visée préventive notamment (comme dans l'arrêt du tabac) (21).

Un rappel des principes de l'EM est proposé en annexe (**Annexe 1**).

5. Enseigner l'EM sur le terrain

Ce support de communication, qu'est l'EM, a donc petit à petit émergé dans les universités de médecine pour être enseigné en complément des enseignements de communication. La thèse de 2014 de Caroline Hocry montrait qu'en 2012-2013, 30% des Départements Universitaires responsables de l'enseignement et de la formation des internes de Médecine Générale (DUMG) français effectuaient un enseignement de l'EM (22). La thèse de 2017 de Hugo Hours a permis de constater une large diffusion de cet enseignement, passant à 81% des DUMG interrogés, malgré une importante hétérogénéité dans l'enseignement d'un DUMG à l'autre concernant le caractère obligatoire ou non, les durées ou les objectifs pédagogiques de ces formations (23).

Cependant, et toujours dans cette dernière thèse, aucun des DUMG interrogés ne proposait alors d'enseignement pratique formalisé à l'EM durant les stages pratiques ambulatoires.

Plusieurs auteurs ont alors proposé en perspective de leurs travaux de mettre en place un rappel de formation axé sur les retours d'expérience (feedback ou rétroaction) lors du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) (23,24). En effet, à la différence des stages hospitalo-universitaire où les pathologies prises en charge sont majoritairement aiguës, où la relation médecin-patient se construit plutôt sur un mode paternaliste du fait de la durée courte de la prise en charge (25), le stage chez le praticien de médecine générale de niveau 1 et le stage de SASPAS se prêtent davantage au développement de la relation médecin-patient, au suivi au quotidien et au long-court et à la coordination des soins. Cela pourrait permettre d'offrir un terrain de choix pour compléter la formation théorique des internes de médecine générale à l'EM.

Le SASPAS, mis en place en 2004 et rendu obligatoire au cours du 3^e cycle de MG depuis la rentrée 2017-2018, a pour but de mettre les internes de dernière année du DES de MG en autonomie supervisée au cabinet de MG.

En SASPAS, le principal outil pédagogique est la supervision indirecte qui se caractérise par le débriefing : il s'agit d'un entretien pédagogique au cours duquel sont revus les dossiers des patients que l'interne a vus et où le Maître de Stage Universitaire (MSU) fournit une rétroaction, un feedback, à l'interne à propos des situations cliniques rencontrées. Il permet l'analyse des situations prises en charge et l'amélioration de celles-ci au cours du stage.

Une bonne supervision indirecte est formative et centrée sur l'interne : celui-ci est écouté et guidé avec bienveillance, sa réflexivité est encouragée par la rétroaction. Il manifeste alors un grand intérêt pour cette supervision, ce dont ne sont pas toujours conscients les MSU (26). La supervision indirecte pose la question de *comment* se fait la transmission, ou plutôt, le transfert d'apprentissage en pédagogie médicale, lors de ces entretiens de débriefing, afin d'améliorer les compétences de l'étudiant sur le terrain ?

Dans sa thèse de 2022, Hugo Fleury s'intéressait à évaluer l'impact de la formation à l'EM proposée par le DUMG de Bordeaux sur les représentations et pratiques des internes l'ayant suivie et d'explorer le processus de transfert d'apprentissage au décours de cette formation (27). Cette étude qualitative souligne l'impact important de la formation, favorisant le transfert d'apprentissage et la réflexivité. Elle propose en perspective un feedback ultérieur en situation authentique pour compléter la formation. Avant d'expérimenter cela, quel serait le schéma actuel de transfert d'apprentissage dans le thème du changement de comportement du patient en stage ambulatoire ?

La rentrée 2023 voit la mise en place de la 4^e année du DES de médecine générale, constituant la phase de consolidation visant à renforcer la qualité de la formation des futurs médecins généralistes à travers son caractère professionnalisant (28). Cet allongement professionnalisant de l'internat de MG est une occasion de réfléchir aux supports pédagogiques de formation proposés concomitamment au SASPAS.

Dans ce contexte nous est venue l'idée d'interroger les MSU de MG accueillant des SASPAS sur leur approche pédagogique actuelle auprès de ces derniers sur le plan communicationnel en vue d'un changement de comportement chez le patient.

Comment se fait, en pratique, le transfert d'apprentissage des aptitudes communicationnelles en vue d'opérer un changement de comportement chez le patient, entre le MSU et l'interne de SASPAS au cabinet de MG ? Quelles peuvent en être les spécificités liées à la supervision indirecte ?

Pour répondre à cette question, la recherche qualitative est appropriée afin d'appréhender les processus impliqués dans ce transfert d'apprentissage.

6. Objectif de recherche

L'objectif principal de cette étude est l'exploration de façon qualitative du transfert d'apprentissage, au sein du couple MSU/interne de SASPAS, du point de vue du MSU, autour du thème plus global du changement de comportement chez le patient, dont le support d'intervention principal est l'EM.

Cette étude sera comparée directement avec le travail de thèse de mon co-thésard Lauric MARCILLAUD qui s'est intéressé au point de vue de l'interne de SASPAS pour ce même sujet. Le but est de proposer un modèle explicatif du transfert d'apprentissage autour du changement de comportement du patient en SASPAS. L'intérêt de ce travail réside dans la confrontation des ressentis des deux populations concernées étudiées : les MSU et les internes de SASPAS.



II. Matériel et Méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative (29) par entretiens semi-dirigés, avec analyse par comparaison constante selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée dont l'objectif est de produire sous forme de modélisation des résultats susceptibles d'être utiles en pédagogie des études de médecine générale.

Nous utilisons une approche inspirée de la théorisation ancrée, valide pour de faibles échantillons, afin d'explorer diverses idées recueillies lors d'entretiens semi-dirigés auprès d'un échantillon déterminé par échantillonnage théorique, issu d'une population identifiée et concernée par l'objet de recherche, jusque suffisance des données.

La méthodologie qualitative par théorisation ancrée est adaptée pour ce travail dans l'objectif d'une exploration et d'une compréhension des processus impliqués dans le phénomène observé, en vue de l'élaboration d'un modèle à partir des données recueillies permettant d'étudier le transfert d'apprentissage autour de la question du changement de comportement en santé.

Pour cette étude réalisée en complémentarité d'un autre travail, nous nous sommes départagés, mon co-thésard et moi-même, les deux populations d'intérêt. Ainsi, nous avons convenu que je mènerai les entretiens auprès des MSU, en qualité de médecin remplaçant moi-même, tandis que mon co-thésard mènerait les entretiens auprès des internes ou médecins remplaçants étant passés ou étant actuellement en SASPAS, en qualité d'interne de SASPAS lui-même. Ce partage a été mis en place afin de créer plus facilement une proximité entre l'enquêteur/l'enquêtrice et le participant d'intérêt lors de l'entretien, permettant éventuellement de favoriser la libération de la parole du participant.

2. Population

Concernant ce travail, l'étude a été réalisée auprès des MSU accueillant des internes SASPAS en Franche-Comté ayant accepté de participer à l'enquête.

La population source comportait l'ensemble des MSU accueillant des internes de SASPAS au cours de l'année universitaire 2023/2024.

Les MSU étaient contactés à partir de la liste de choix de stage de SASPAS fournie par la faculté aux futurs internes de SASPAS.

L'échantillonnage des populations étudiées a été réalisé de façon raisonnée par échantillonnage théorique. Chacun des deux enquêteurs s'est inspiré de l'analyse ouverte et axiale de l'entretien précédent de chacun pour recruter le prochain participant, sans a priori initial sur les caractéristiques des participants de l'étude (sauf bien sûr d'être issus de la population d'intérêt). Il s'agit donc d'une démarche d'échantillonnage purement inductive.

L'inclusion des MSU a été faite au fur et à mesure des entretiens de chacun. Le recrutement des MSU a été réalisé par accès direct, par contact courriel (**Annexe 2**) ou téléphonique.

Nous avons fait le choix volontaire dans la présentation de l'étude aux participants sollicités de ne pas utiliser le terme « entretien motivationnel » pour limiter un biais de désirabilité éventuel.

La durée estimée de l'entretien a été communiquée à l'avance (environ 35 minutes).

3. Recueil des données

La taille de l'échantillon a été déterminée à la fin de l'enquête lors de l'obtention de la suffisance des données. Le recrutement a débuté en juin 2023 et a pris fin en mars 2024, pour un total de 13 MSU participants, soit 13 entretiens individuels.

L'élaboration du guide d'entretien a été réalisée après une étude des données de la littérature portant sur le changement de comportement en santé, la relation médecin-patient, l'entretien motivationnel, et les sujets de transfert d'apprentissage et de pédagogie médicale au troisième cycle des études de médecine générale. Les moteurs de recherche et bases de données utilisées étaient PubMed, Google Scholar, SUDOC, CISMef, la revue Cochrane et les archives de la revue EXERCER, de la revue Pédagogie Médicale, La revue du praticien, La revue médicale suisse.

Le guide d'entretien comporte une première partie informative permettant de caractériser l'échantillon étudié et une seconde partie composée de questions ouvertes et de relances, explorant de façon ouverte les différents thèmes de la question étudiée afin de permettre la libre expression des personnes interviewées. Les différents thèmes abordés concernaient la relation MSU-Interne, la relation médecin-patient, la vision des conditions de stage, les questions de transfert d'apprentissage en stage autour du changement de comportement en santé et plus spécifiquement autour de l'entretien motivationnel.

Le guide d'entretien a été modifié et affiné au fur et à mesure des entretiens. La version finale du guide d'entretien est proposée en annexe de ce travail (**Annexe 3**).

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu préférentiel de la personne interviewée pour garantir un recueil de données dans un milieu familier (cabinet médical, faculté de médecine, domicile). Les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone numérique après avoir recueilli oralement et par écrit le consentement des médecins interviewés (le formulaire de consentement est présenté en **Annexe 4**). Tous les entretiens ont ainsi été enregistrés afin de garantir la retranscription fidèle de la parole de chaque personne interviewée.

Concernant ce travail, les entretiens ont été intégralement réalisés par la même enquêtrice, en présentiel. Durant les entretiens, la cohérence du discours a été privilégiée selon les idées apportées par le participant, et non pas un respect strict de la grille d'entretien, sur le modèle de l'entretien compréhensif (30). Des reformulations et relances étaient régulièrement effectuées pour s'assurer de la bonne compréhension mutuelle des idées développées. Le recueil a été considéré comme terminé lorsque le participant ne manifestait plus d'idées nouvelles à la dernière relance du guide d'entretien.

La retranscription des entretiens a été effectuée au fur et à mesure de leur réalisation par l'enquêtrice en utilisant le logiciel de traitement de texte Word. Les aspects non verbaux généraux ont été retranscrits à part, pour chaque entretien, directement après la réalisation de chacun d'entre eux.

Les données ont été anonymisées en attribuant à chaque personne interviewée un numéro selon l'ordre de réalisation des entretiens (exemple : E1 pour entretien 1). Les retranscriptions sont volontairement exclues des annexes afin de préserver l'anonymat des participants.

Les refus et non réponses à nos sollicitations de participation ont été consignés. Les raisons de refus étaient les suivantes : arrêt de l'accueil des internes de SASPAS ou absence d'accueil d'interne de SASPAS depuis la création du poste (vacance du terrain de stage).

4. Analyse des données

L'analyse qualitative est fondée sur le processus d'itération. Les relectures ont notamment été réalisées en binôme, pour l'analyse ouverte et axiale de chaque entretien. Un double codage a été réalisé pour l'analyse ouverte, parfois triple codage avec notre directeur de thèse.

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats des deux chercheurs. L'étiquetage initial a été conduit à l'aide du logiciel en ligne Taguette® (31). L'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisés conjointement par les deux chercheurs et avec discussions régulières avec le directeur de thèse.

5. Aspects éthiques et réglementation

Il s'agit d'une étude de recherche hors loi Jardé. Nous avons pris soin d'obtenir le consentement éclairé des participants oralement et par la signature d'un formulaire de consentement les informant de leurs droits et leur garantissant l'anonymat et la confidentialité (**Annexe 4**). Nous nous sommes assurés également l'anonymisation des entretiens, la suppression des noms propres des retranscriptions, et la sécurisation des données recueillies.

La déclaration du respect du règlement général sur la protection des données (RGPD) a été effectuée auprès du délégué à la protection des données de l'Université de Franche-Comté pour inscription au registre des recherches de l'université, et a reçu un avis favorable au regard des lois et règlements applicables en la matière concernant la protection des données personnelles (attestation de conformité interne en **Annexe 5**).



III. Résultats

1. Données quantitatives

A. Caractéristiques des entretiens

Un nombre total de 13 entretiens a été réalisé entre juin 2023 et mars 2024. L'un d'eux a été réalisé au domicile du MSU interrogé, un autre à la faculté de médecine de Besançon, tandis que tous les autres ont eu lieu sur le lieu de travail du MSU interrogé.

La durée des entretiens allait de 16 à 70 minutes, pour une moyenne de 38 minutes.

B. Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon est composé de 5 femmes pour 8 hommes, âgés de 36 à 64 ans (moyenne d'âge de 45 ans, médiane de 43 ans).

Ils sont installés comme médecins généralistes depuis 5 à 33 ans et accueillent des internes de SASPAS depuis 3 mois à 12 ans (durée moyenne de 6.9 ans, médiane de 7 ans).

Parmi eux, 3 exercent en secteur « urbain », 3 autres ont décrit leur exercice comme prenant place en secteur « péri-urbain », 5 en secteur « semi-rural » et 2 en secteur « rural ».

Enfin, parmi les participants, 3 sont également chargés de tutorats du 3^e cycle de médecine générale à la faculté de médecine de Besançon.

Tableau 1 : Particularités d'exercice des MSU interrogés en dehors de la médecine générale

Identification du MSU	Secteur d'exercice	Particularités de l'exercice autres que MG
E1	Ville	Gynécologie, Pédiatrie, EMDR, Hypnose
E2	Ville	Gériatrie
E3	Ville	Santé communautaire
E4	Péri-urbain	Gériatrie
E5	Péri-urbain	Médecine du sport, médecine aérospatiale
E6	Péri-urbain	Gynécologie, Pédiatrie, Gériatrie
E7	Semi-rural	
E8	Semi-rural	Pédiatrie
E9	Semi-rural	
E10	Semi-rural	Hypnose, thérapie brève, entretien motivationnel
E11	Rural	
E12	Semi-rural	
E13	Rural	

2. Données qualitatives

A. Le SASPAS au préalable

a. Compétences et qualités préalables

Lors de la rencontre entre l'interne de SASPAS et le MSU, ce dernier s'assure au préalable des **compétences médicales et relationnelles** de l'interne.

i. Méthodes d'exploration

Les MSU ne se renseignent pas sur leur futur interne de SASPAS, pour **ne pas avoir d'a priori sur ce dernier**.

E1 : « En général, on se renseigne surtout pas pour garder un esprit libre. (...) Comme ça la personne elle arrive, elle est vierge, on n'a pas d'a priori ni positif, ni négatif. »

L'exploration de ses compétences et qualités se fait fréquemment par le biais d'une **phase observationnelle** en début de stage.

Cette première phase d'observation, décrite souvent comme **phase d'observation bidirectionnelle**, permet à l'interne de SASPAS de se **familiariser avec son nouveau stage et son superviseur**, et au MSU de **se familiariser avec son interne et d'évaluer les compétences et qualités de celui-ci**.

E13 : « Les premières journées, on les fait ensemble en supervision directe, ce qui permet qu'on se connaisse, qu'il ou elle découvre le cabinet. Et puis ça me permet aussi de d'évaluer un petit peu la communication avec moi, de voir un petit peu la communication avec les patients. »

Cette exploration est souvent décrite comme étant faite « **au feeling** ».

E3 : « Après j'ai pas de méthodologie particulière, par contre c'est un peu au feeling. »

Elle s'émaille également du **feedback initial des patients** concernant leur premier contact avec l'interne.

E10 : « Et puis après l'autre signe évident, ça va être le retour que nous font les patients, hein. »

ii. Compétences médicales et posture

Les MSU semblent considérer les **compétences médicales de leurs internes de SASPAS comme étant acquises**.

E3 : « En général, c'est pas par rapport aux compétences médicales parce que, ça ils les ont. »

Le **stage de médecine générale de niveau 1** permet également de commencer à **voir s'installer une posture de médecin généraliste** chez l'interne en début de SASPAS.

E8 : « J'adapte pas forcément parce que, vu que le SASPAS a déjà fait un stage en niveau 1, il a un peu le feeling avec la patientèle. »

E13 : « Mais je trouve quand même que globalement il y a une position de médecin généraliste qui s'installe de plus en plus. »

La majorité des MSU décrit également **une posture anti-paternaliste** allant de pair avec la posture de médecin généraliste.

E10 : « Y a la posture, (...) sans être non plus envahissant, sans être dans le côté 'Bah à votre place je ferai ça.' »

Cette évolution de la posture en début de SASPAS **est favorisée par la décision de choix de spécialité de médecine générale**, qui n'est plus une spécialité par défaut.

E3 : « J'trouve qu'ils ont un bon niveau au niveau théorique, et puis après c'est des gens qui ont choisi la médecine générale, qui sont assez intéressés. (...) J'ai quand même des internes avec qui la communication se passe bien avec les patients. »

iii. Qualités relationnelles et communicationnelles

Parmi les qualités relationnelles et communicationnelles dont les MSU s'assurent au préalable chez leurs internes, on retrouve :

L'écoute, voire **l'écoute active et attentive** (citée par tous les MSU interrogés). Parfois décrite plus globalement sous le terme **d'attention**.

E4 : « Il faut qu'il soit assez attentif pour percevoir. »

L'attention comprend également **l'attention au non-verbal**.

E13 : « Tout ce qui est analyse non verbale. Ils font gaffe aussi. »

L'écoute va d'ailleurs de pair avec la **patience**.

E5 : « Donc, peut-être de la patience, de l'écoute, surtout en médecine générale. »

L'empathie, qualité globalement partagée par quasi tous les internes de SASPAS, selon les MSU (citée par tous les MSU interrogés).

E1 : « Moi je trouve qu'à chaque fois, y en a pas un qui était pas empathique. »

Le **respect**, allant jusqu'à la notion **d'assertivité** sans la nommer, le **respect de l'autonomie** du patient, le **non-jugement**.

En lien avec l'assertivité se voit également citée la capacité à « **savoir dire non** » tout en faisant preuve **d'anti-paternalisme**.

E7 : « Respecter, se faire respecter aussi »

E5 : « Pas être dans le jugement, ni dans la comparaison. »

Ce dernier point, l'anti-paternalisme, résonne avec la notion **d'humilité**.

E3 : « Avec le temps on apprend peut-être un peu plus l'humilité et puis l'acceptation de pas forcément arriver à emmener toujours le patient là où on veut quoi. On va être plus sur l'accompagnement. »

La politesse.

E9 : « Bon, déjà, être poli, ça me paraît logique. »

L'investissement, dont certains indicateurs peuvent être repérés par le MSU.

E1 : « Est-ce que la personne elle est venue avant ? est-ce que l'interne il s'est présenté ? est-ce qu'il a pris contact ? est-ce que le premier jour il est arrivé en retard, pas en retard ? Déjà ça te donne quand même deux trois indications sur le niveau d'investissement de la personne quoi. »

L'adaptabilité au patient, mais également à l'environnement d'exercice. Nous en revenons à l'idée de la **posture particulière du médecin généraliste** (même sur le plan de sa **tenue vestimentaire**) et la définition de la **médecine contextuelle**.

E3 : « J'essaie de voir si l'interne est capable de s'adapter au patient par rapport à ses facultés de compréhension. »

E5 : « C'est important de resituer, on est où ? qu'est-ce qu'on fait ? On parle de médecine contextuelle quoi. »

E5 : « Y a une attitude portée, y en a qui ont des uniformes donc c'est plus simple, tout le monde se ressemble, c'est pas détendu mais pas habillé non plus. »

L'adaptabilité fait lien avec l'altruisme.

E10 : « C'est de leur donner les outils, de prendre des décisions bonnes pour [les patients]. »

L'utilisation d'outils tels que l'**humour** est également notée par les MSU dans les aptitudes communicationnelles et relationnelles des internes.

E4 : « Y a une bonne maîtrise de beaucoup d'outils. L'humour aussi. »

iv. Le frein de l'anxiété de l'interne

Rarement, lorsque des lacunes se font sentir sur le plan médical, ou individuellement de cela, une certaine **anxiété** est perçue par les MSU. Cette anxiété semble **conditionner la qualité de la communication et du relationnel avec le patient**.

E4 : « Donc souvent y a des bonnes aptitudes qui peuvent être un peu parasitées au départ par l'anxiété, hein. Après y a des niveaux d'anxiété qui sont un peu variables selon les internes. Quand il y a trop d'anxiété, c'est plus difficile d'être à l'aise sur le plan communicationnel. Il faut gérer sa propre anxiété. Et quand il y a des difficultés au niveau des bases théoriques, il faut déjà gérer ça avant de pouvoir être à l'aise dans le reste. »

b. Mise en place d'objectifs de progression génériques

Dans la suite logique de cette phase d'observation permettant d'aborder l'interne et ses besoins, le MSU met en place des **objectifs de progression globaux** au cours de ce stage autonomisant.

i. Développer des qualités communicationnelles et relationnelles

Comme vu précédemment, les MSU s'attèlent à voir se développer au cours du stage certaines compétences communicationnelles et relationnelles, en toute **autonomie**, dont celles déjà vues précédemment : **l'assertivité**, **l'adaptabilité**, mais également la **gestion de son anxiété** qui conditionne la communication et la relation médecin-patient.

E3 : « Alors le truc c'est qu'il faut qu'ils arrivent... enfin c'est à ça que sert le stage, qu'ils arrivent à s'autonomiser complètement et pas tout le temps compter sur quelqu'un... »

ii. Maîtrise de l'environnement et travail en équipe / de coordination

La totalité des MSU interrogés avancement en premier objectif la **maîtrise de l'environnement**, sur le plan informatique, administratif, matériel, humain (équipe médicale, associés), mais également dans l'idée d'une **médecine contextuelle** ou médecine ambulatoire en s'adaptant à la localisation du cabinet (secteur urbain ou rural, santé communautaire).

E1 : « En plus c'est pas évident, il arrive, moi il me connaît pas. »

E3 : « J'ai une patientèle qui est très variée, cosmopolite, y en a beaucoup qui ne parlent pas français, donc y en a qui sont à l'aise, d'autres un peu moins... il faut qu'ils s'habituent. »

E3 : « C'est vrai que quand on est interne de SASPAS, on a plusieurs cabinets, plusieurs logiciels, plusieurs façons de travailler et ça vient interférer avec la disponibilité psychologique qu'on va avoir avec le patient. »

E5 : « parce y a beaucoup d'informatique, les feuilles de soins, savoir où sont rangés les documents, comment on trouve le DMP (...) Et puis nous on a une assistante médicale et une coordinatrice de MSP, deux secrétaires, et le problème est de savoir qui fait quoi et à qui je peux demander quoi à quel moment. »

La maîtrise de l'environnement passe également par la bonne connaissance des rôles des acteurs de santé, par la **bonne communication interprofessionnelle**, notamment lors de travail en équipe. Cette communication est également conditionnée par la personnalité de l'interne ou son anxiété, et la connaissance du rôle de l'interne de SASPAS par les autres professionnels. Elle permet également **d'apprendre à reconnaître ses limites** et **d'adresser** si nécessaire.

E11 : « Déjà savoir [communiquer] avec les professionnels de santé, donc nous, mais aussi les autres, Il faut savoir synthétiser, hiérarchiser, expliquer. Nous pour le débriefing, c'est hyper important. Mais quand ils font un courrier à un spécialiste, ça l'est aussi. »

E13 : « Les collègues savent que le mercredi, le jeudi, on a le SASPAS, et donc du coup qu'on peut le solliciter. Alors en fonction des personnalités des internes... (...) Mais en tout cas du côté des collègues installés dans la maison de santé, ils sont habitués quoi. »

Cette maîtrise de l'environnement réussie permet de **diminuer l'anxiété, favoriser la bonne communication et un bon relationnel avec le patient, favoriser l'assertivité.**

E1 : « Ouais, tu connais et pis, du coup, je pense qu'une fois que ton environnement est maîtrisé, tu peux plus t'autoriser, eh ben, à dire non au patient... »

Dans cette gestion de l'environnement entre également en compte **l'apprentissage de la gestion de l'espace-temps** en médecine générale.

E13 : « Il y a quand même au début, une difficulté à gérer (...) cette inscription de la prise en charge dans le temps et on se rend compte que les premières consultations, parfois, elles débordent et puis elles sont déséquilibrées. »

iii. Suivi et prise en charge du patient dans sa globalité

Avec cela se voit introduit **l'apprentissage de l'instauration du suivi**, élément clé de la médecine générale et de la relation médecin-patient, qui demande parfois un temps d'adaptation à l'interne en début de stage.

E10 : « Moi je dirais la principale particularité c'est ce côté où on va revoir des gens donc forcément c'est ça, c'est jamais un contact bref quoi. »

E5 : « On organise un suivi, et finalement c'est cette structuration, on a le droit de revoir les gens. On peut le voir demain, dans une semaine, on a cette dimension au temps et dans l'espace aussi, qu'on a pas du tout à l'hôpital. »

L'appropriation du suivi est un objectif clair en médecine générale.

E10 : « Il y en a qui nous les renvoient, puis il y en a d'autres qui s'approprient un petit peu le suivi sur les 6 mois et ça c'est un signe évident pour nous. »

Dans l'idée de pouvoir suivre son patient de façon optimale en médecine générale, il est également important d'apprendre à faire preuve de **polyvalence** et de s'adapter aux besoins de la patientèle et du secteur.

E5 : « Et puis là c'est plus des généralistes, d'un seul coup ça devient des endocrinologues, cardiologues... (...) dans la fabrication d'un programme de soin, dans un plan personnalisé. (...) On part du patient pour voir la maladie. »

Cela afin de viser l'objectif de la **prise en charge du patient dans sa globalité**, comme indiqué dans la **Marguerite des Compétences** de médecine générale, savoir **rayonner autour du motif de consultation** avec un **attachement particulier à la prévention**.

E13 : « Il y a quand même une dimension globale de la médecine de famille où voilà on suit souvent toute la famille donc on a des infos sur toute la famille, des uns des autres ou par intermédiaire. Et du coup, [les internes] voient qu'il y a des particularités sur notre exercice de médecine générale par rapport à un suivi spécialisé hospitalier de médecine d'organes. »

E5 : « La marguerite ! C'est-à-dire que le gars, il vient pour un rhume, d'accord, mais ça n'empêche pas de prendre son temps, (...) si on est bien dans les dépistages, si y a d'autres questionnements en dehors, et ça permet d'avoir (...) des consultations plus complètes, quoi. (...) ça permet de découvrir plein de dimensions du domaine médical. »

Notamment par l'**exploration de l'environnement du patient** et de son **cadre de référence**.

E3 : « La réalité du patient et puis tout son habitus. On a pas le patient tout seul, quoi. »

E3 : « Avec les patients qui sont issus des communautés étrangères que je vois beaucoup, souvent le fait de rapporter à soi-même ou de leur raconter une histoire (...) ça passe mieux que d'être péremptoire. »

E4 : « Après, c'est plutôt moi qui vais explorer 'est-ce que tu lui as demandé, par exemple, comment est-ce qu'il vivait ? ce qu'il se passe avec son fils ?' (...) les facteurs protecteurs, de vulnérabilité, (...) les freins éventuels du patient ».

E12 : « Il y a peut-être aussi d'autres manières de rentrer en communication, peut-être aussi du côté de ce qui les intéresse, ou le retentissement de leur maladie dans leur vie. »

Ce qui permet d'aborder la notion de **complexité** et d'en faire l'expérience.

E8 : « Des situations complexes socio-médicales etc. »

D'autres objectifs visent à atteindre ce qu'appellent certains MSU « **l'indifférence au résultat** » permettant au soignant de **préserver son énergie et gérer ses frustrations** face à certaines situations compliquées ; faire preuve **d'humilité** et **d'acceptation**.

E1 : « Apprendre à être indifférent au résultat, ça c'est quelque chose qui est hyper important. »

E5 : « Alors en général [les internes] sont frustrés, ils sont vexés. »

E3 : « Avec le temps on apprend peut-être un peu plus l'humilité et puis l'acceptation de pas forcément arriver à emmener toujours le patient là où on veut quoi. On va être plus sur l'accompagnement. »

E4 : « une forme de soulagement, quoi. De se dire 'Bon ok, prochain coup je vais m'économiser un peu et je vais pouvoir avoir des comportements et des propos adaptés au stade de ce patient-là.' »

iv. Réflexivité

On retrouve également l'objectif de **réflexivité**, se remettre en question, qui peut être freiné par un excès de confiance en soi.

E7 : « Et puis après je les fais un peu s'autoévaluer »

E9 : « Alors avoir suffisamment confiance en soi, mais savoir quand même se remettre un petit peu en question. »

B. Le développement de la relation MSU / interne de SASPAS

Par la suite et tout au long du stage se développe la relation MSU / interne au travers de plusieurs étapes.

a. Apprendre à connaître l'interne de SASPAS et son parcours

i. *L'interne en particulier*

Les objectifs génériques du stage sont adaptés en particulier à l'interne en fonction de sa **personnalité**, son **anxiété**, son **aisance**, sa **vitesse d'adaptation**, mais également ses **expériences personnelles** (engagements associatifs, théâtre, ...), **universitaires** (parfois impactées par la période COVID notamment) et **professionnelles**.

E4 : « Ça se travaille aussi en dehors de la médecine, y a des gens qui ont des engagements associatifs ou autres. »

E5 : « y en a qui font du théâtre, y en a qui sont grande gueule... »

E6 : « Après c'est quand même dépendant de la personnalité de l'interne. Y a des gens qui vont être tout de suite à l'aise et d'autres où va falloir un peu plus de temps. »

E6 : « Fin je pense quand même que le COVID a fait pas mal de mal sur le plan de la communication, ils ont pas forcément eu les cours. »

E8 : « S'il nous appelle sur toutes les consultations, bah on sait qu'on va devoir s'adapter un petit peu plus et qu'on est hyper présent et qu'on essaie de répondre au mieux et tout de suite à ses demandes pour essayer d'être assez protecteur. »

E13 : « Après je pense qu'on n'a pas tous la même la même vision de la médecine générale et la même vision du rapport avec les patients. »

Les MSU relèvent parfois un **biais de sélection du choix du terrain de stage** liée à l'évaluation en ligne de ceux-ci ou au bouche-à-oreille.

E7 : « Donc les internes qui aiment pas trop les débrief longs je sais qu'ils vont regarder les évaluations pour choisir un stage où le débrief n'est pas long. »

Cette adaptation à la personnalité de l'interne est rendue possible par **la pluralité des MSU** (au nombre de quatre) **pour chaque poste de SASPAS**.

E1 : « Comme y a quatre maîtres de stage, y a quatre façons d'être différentes donc j'espère que dans les quatre y en a un qui lui correspond. »

E2 : « Puis les affinités se commandent pas. »

Certains MSU **encouragent d'ailleurs les stages sur plusieurs terrains différents** pour cette raison.

E9 : « Je conseillerais plutôt aux jeunes de faire dans deux endroits différents pour que justement il y ait plus d'apport de de façon de faire différentes. »

ii. *Le parcours universitaire de l'interne*

La relation entre le MSU et l'interne, et l'adaptation à ce dernier, dépend également du **parcours universitaire et professionnel** de l'interne.

Sur le plan universitaire, la majorité des MSU interrogés (enseignants ou non) ont reconnu **l'amélioration des formations facultaires** au cours du DES de médecine générale, qui joue

un rôle prépondérant pour les **compétences communicationnelles et relationnelles** de l'interne.

E4 : « Je suis plutôt étonné dans le bon sens des capacités qu'ont les internes en termes d'écoute, d'aptitudes communicationnelles, dans les séances de simulation. »

E5 : « Je trouve qu'en 10 ans y a vraiment eu une amélioration du niveau de l'internat. »

E1 : « En plus vous avez un tel niveau ! 'fin les internes, vous êtes tellement bons ! vous avez des connaissances en clinique, en tout, vous êtes vraiment meilleurs que nous on l'était y a 15 ans, hein. Mais plus la trouille d'y aller quand même ! »

Dans cette dernière citation, le MSU met en perspective l'amélioration des formations qui serait proportionnelle à l'**augmentation de l'appréhension** des internes au stage de SASPAS.

Un MSU tempère en mentionnant l'**évolution parallèle de la patientèle du fait de l'évolution de la société**, avec notamment Internet. Un autre en mentionnant un possible **biais de désirabilité sociale de l'interne** du fait de son propre statut d'enseignant.

E6 : « J'dirais qu'ils ont globalement plus de connaissances. Mais ils ont tendance à oublier que maintenant les gens avec internet, ils ont à peu près le même nombre de connaissance que nous, donc c'est parfois pas la connaissance qu'ils viennent chercher, c'est plus la relation médecin-malade ! »

E11 : « Ils savent que je suis au DMG... (...) Je pense qu'ils oseront moins me dire. »

Ils soulignent d'ailleurs, surtout pour les MSU les plus expérimentés, une **fracture entre leur propre formation du temps de leur internat** et celle de leurs récents internes.

E13 : « Ouais alors sur les techniques de communication, on sent qu'il y a eu une formation initiale. Que moi j'ai pas eue quand j'étais interne et je pense qu'ils sont beaucoup plus performants que moi. »

Mais restent parfois critiques en mentionnant **une marge d'amélioration possible**, notamment par l'**intervention d'experts** dans la formation.

E10 : « C'est beaucoup, beaucoup mieux qu'il y a qu'à 10 ans, c'est pas les mêmes intervenants. Mais en même temps ça reste confié à des gens dont c'est pas forcément le cœur de métier. »

Sans oublier qu'il peut y avoir une simple **méconnaissance des formations de l'interne** de la part du MSU.

E12 : « Je sais pas si vous avez des cours en plus sur la communication qui sont faits à la fac. »

iii. Le parcours hospitalier de l'interne

Sur le plan professionnel, les MSU rapportent **principalement avoir conscience des différences avec les stages hospitaliers** réalisés jusqu'alors.

Ces différences existent notamment **sur l'instauration du suivi du patient sur le temps**, sa prise en charge **dans sa globalité avec l'exploration de son environnement**, mais également sur la **proximité** avec le patient, depuis la tenue vestimentaire, jusqu'à la **posture du médecin de famille**.

E6 : « A l'hôpital on a une blouse, (...) on sait pas forcément à qui on s'adresse. »

E10 : « La vraie différence avec l'hôpital, c'est qu'à l'hôpital, vous accompagnez les gens sur 10-15 jours. Et puis terminé quoi. La plupart du temps nous, c'est des gens qu'on va suivre toute notre vie. Enfin eux, sur leur semestre. »

E13 : « La première chose c'est de réussir à se placer dans le contexte de temps, c'est-à-dire qu'on a des prises en charge du coup qui sont plus courtes, c'est-à-dire qu'on a pas le patient pendant des jours, on a le patient pendant quelques minutes. »

Cette proximité particulière se doit tout de même de respecter une certaine **distance professionnelle**.

E6 : « Tout en respectant bien sûr la distance professionnelle qui est requise. »

Les différences avec l'hospitalier peuvent être positives, dans le cadre de **l'expérience de l'interne**, en compétences médicales et communicationnelles telle que **l'éducation thérapeutique**.

E12 : « Oui parce qu'ils apportent aussi des connaissances que nous, derrière, qu'on a peut-être moins précisément. Et puis qu'ils expliquent aussi autrement aux patients. »

E4 : « Il était sorti de diabète... où y a eu beaucoup d'éducation thérapeutique et donc du coup la personne était très à l'aise. »

D'autres plus négatives pour la **médecine contextuelle**, comme le fait d'avoir tendance à **surprescrire** en début de SASPAS, **focaliser sur le biomédical** ou bien le **médico-légal**.

E7 : « Ils sont souvent trop prescripteurs au départ parce que c'est le biais de l'hôpital où il y a tout le plateau technique, donc on y a plus souvent recours. »

E5 : « Alors, au début on avait un raisonnement très médicolégal et hospitalier et très protectionniste pour le médecin... »

La tendance communicationnelle **plus paternaliste de l'hospitalier** est également pointée du doigt.

E3 : « Mais c'est vrai que souvent à l'hôpital, c'est décrété, et c'est pas forcément suivi. On se rend compte que quand les patients partent, on croit qu'on a fait le boulot, mais quand on les revoit régulièrement on se rend compte qu'il faut prendre d'autres voies pour les amener à... Mais c'est valable aussi pour les addictions, pour les régimes pour le diabétique, pour l'activité physique... »

De même que la **déformation hospitalière des internes concernant les diagnostics rares**.

E5 : « Les déformations comme ça de pratique hospitalière hyper spécialisée où on va chercher les trucs tordus avant de penser aux trucs simples. »

iv. L'adaptation à la médecine ambulatoire

Il existe donc une **adaptation plus ou moins transitoire** à faire en début de SASPAS, guidée plus ou moins par le MSU.

E6 : « Donc il faut qu'il reprenne un peu les automatismes de la médecine générale, mais en général, ça c'est assez rapide, en 2 jours. »

E8 : « Vu que le SASPAS a déjà fait un stage en niveau 1, Il a... Un peu le feeling avec la patientèle, il serait que très hospitalier, je ferais attention qu'effectivement, on n'ait pas une communication très hospitalière. »

Cette adaptation passe notamment par l'**éloignement du cadre scolaire et des objectifs médicaux stricts**.

E8 : « Alors il y a des fois effectivement il y a un petit manque de souplesse (...) alors l'exemple typique que j'ai du 'trop scolaire', c'est (...) on appelle mes patients à 1.30 de LDL pour leur dire 'faut vite revenir parce que ça va pas, il faut mettre un médicament'. »

b. Réflexivité sur sa maîtrise de stage

S'il fixe des objectifs à l'interne, le MSU se fixe également des objectifs à lui-même et à son terrain de stage.

i. Les rôles du MSU

Le rôle principal du MSU s'apparente à un **compagnonnage** de l'interne de SASPAS, un rôle de **guide**, en vue de son **autonomisation**, comme dans un rapport **égalitaire** qui **s'éloigne du modèle d'évaluation scolaire**.

E6 : « J'ai toujours vu ça comme un compagnonnage ».

E11 : « Je lui dit qu'on va se tutoyer puisqu'on va travailler ensemble. »

E7 : « Tu vois ils sont professionnels, ça y est, c'est plus des étudiants. »

Sa position bascule entre la **sécurité** de l'interne et la **responsabilité**, mettant en jeu **une relation de confiance** et nécessitant de la part du MSU un **lâcher-prise de sa patientèle**.

E7 : « Je pense que l'étudiant, il a besoin de se sentir en confiance, puis en sécurité, sentir qu'on va être là derrière lui, ne pas le laisser dans la mouise. »

E1 : « Je vais laisser mes patients avec quelqu'un, qui est quand même sous ma responsabilité. »

E11 : « Donc c'est une responsabilité. Et on n'a pas touché ou vu, avec nos mains, avec nos yeux. Donc il faut faire confiance. Et la confiance, ça s'acquiert en fait. »

Pour ce faire, la majorité des MSU interrogés considèrent primordiale **la réassurance de l'interne** face à ses anxiétés, toujours dans une optique **d'adaptation** à ses besoins. La **confiance en soi** s'acquiert également par **l'expérience**.

E1 : « Donc des fois faut arriver aussi à les remettre en confiance... mais pas trop ! »

E11 : « Je valorise et je fais du renforcement positif. »

E7 : « J'essaie d'instaurer un climat de confiance, pour qu'il prenne confiance en lui et qui se rende compte au fur et à mesure du stage que bon bah il sait faire, faut qu'il acquière de l'expérience mais il sait faire. »

E1 : « Ils prennent confiance au fur et à mesure du stage, des fois aussi ils ont les patients qui reviennent et qui les choisissent spécifiquement, c'est gratifiant ! »

Ils tiennent également à **respecter leur autonomie** et à **ne pas les juger**.

E8 : « Ça m'a été souvent remonté par les internes, ils sont quand même très déstabilisés quand ils sont en SASPAS et puis que le maître de stage, en fait, il se recolle derrière eux. »

E5 : « Je pense que ce qui est important également en tant que maître de stage c'est de pas critiquer, pas comparer la prise en charge. Et se demander comment on prépare les consultations d'après. »

La **disponibilité** du MSU pour son interne est importante mais pas toujours adaptable.

E11 : « Je leur explique que quand je suis à la fac parfois j'ai pas toujours des dispo tout de suite mais qu'il me laisse un message et que je regarde régulièrement et que je les rappelle. »

ii. Réflexivité du MSU

Avec la maîtrise de stage, une certaine réflexivité se développe chez le MSU, concernant notamment la conscience de la **position de l'interne** dans cette **dynamique patient-interne-MSU**.

E13 : « J'essaie de voir si déjà il arrive à trouver sa place dans cette ce triangle qui est pas évident. »

Prendre connaissance des facilités et difficultés de son interne fait partie du travail d'adaptation aux besoins de celui-ci, comme vu précédemment, un travail qui prend notamment place dans cette **phase d'observation considérée bidirectionnelle** par les MSU.

E13 : « Découvrir un petit peu le cabinet. Et puis ça me permet aussi de d'évaluer un petit peu la communication avec moi, de voir un petit peu la communication avec les patients. »

Elle permet la **prise de conscience du nombre de choses à intégrer par l'interne** et donc une meilleure compréhension de ce dernier.

E6 : « C'est que ça va faire beaucoup d'informations à ingurgiter, j'trouve. »

Toujours dans son rôle de **guide**, le MSU s'évertue également à **prendre conscience de son influence** sur l'interne et de la **modérer** pour favoriser le **développement du propre style de l'étudiant**.

E1 : « Des fois les a priori ou les agacements dépeignent un peu sur le SASPAS. »

E7 : « Et puis ils prennent un peu nos habitudes aussi. »

Ils tendent donc à se poser **en exemple plutôt que modèle** face à l'étudiant et à viser la **conscientisation de l'interne de sa propre posture**, sans jugement, dans la mesure **de ne pas nuire au patient**.

E13 : « Si c'est conscient et que c'est quelque chose sur lequel l'étudiant a pu prendre du recul et puis peut se dire 'Effectivement, je fais ça parce que c'est ma personnalité et moi je préfère être un peu moins proche des patients' (...) Je respecte complètement. Et puis bon, si ça nuit pas à la qualité de de soins. »

Les MSU considèrent pour leur part la **formation médicale continue** et tendent à transmettre à l'interne que **la formation du médecin généraliste ne prend pas fin avec la fin de l'internat.**

E5 : « La formation se finit pas à la fin de l'internat. »

La **formation propre du MSU** se poursuit d'ailleurs notamment **par le biais de la maîtrise de stage**, avec une **réflexion continue**, une **évolution de sa pédagogie**, un apport considérable des internes, voire au travers de leurs autres activités universitaires telles que **l'enseignement et le tutorat** des internes.

E13 : « Mais je pense que moi j'évolue avec eux. Donc très probablement mes débriefs de maintenant sont très différents de ceux que j'avais y a 7 ans. »

Certains considèrent leur **humilité** face à l'étudiant dans l'optique de leur propre évolution et mentionnent la prise en compte de **leur propre vécu dans une situation de relation privilégiée entre l'interne et le patient.**

E3 : « Des fois c'est l'interne qui m'apprend des choses aussi. (...) Donc je reste humble aussi par rapport à ça. (...) Ils ont un autre angle de vue et puis chaque patient est différent dans sa sensibilité. »

E1 : « C'est euh... narcissiquement très difficile ! »

E6 : « Je pense qu'il faut encourager tout le monde à devenir MSU, surtout des SASPAS, c'est un plus énorme dans la formation, pour voir vraiment ce qu'est la médecine générale quoi. »

iii. Les conditions du terrain de stage

La réflexion est poussée parfois jusqu'à **l'adaptation des conditions du terrain de stage** aux internes en général et à l'interne en particulier. Cela passe par la mise en place éventuelle d'une phase d'observation (**ou de supervision directe**) pour évaluer ses besoins, en termes de rythme des consultations, la durée de la journée de stage, la durée et le moment choisi pour le débriefing, la prise en considération de la situation familiale de l'interne ou du trajet, afin **d'accommoder l'interne et rendre son expérience favorable à l'apprentissage.**

E4 : « On leur donne un rythme d'une consulte toutes les demi-heures, donc ça leur permet d'explorer les choses. »

E8 : « Parce que voilà, quand les consultes elles s'arrêtent vers 18h00 ou des fois maxi 18h30, il faut quand même refaire un bon 30 min de débriefing. Donc généralement quand on les coupe en deux, midi et soir. »

E13 : « Donc l'interne arrête ses consultes un peu avant 17h. »

La **convivialité** du cabinet et des **relations interprofessionnelles** sur le lieu de stage entrent également en considération.

E6 : « On mange tous ensemble, on organise des soirées, des repas... c'est très convivial ! »

La question du débriefing en **présentiel** est également souvent abordée et expliquée selon les possibilités de chacun (engagement universitaire, période COVID, ...), avec une

préférence pour le présentiel, permettant d'apporter notamment des éléments **non-verbaux** aux échanges et mieux appuyer son **soutien et sa disponibilité** pour son étudiant.

E13 : « Au téléphone la partie non-verbale on l'a pas (...) je préfère que ça soit en présentiel et je trouve que pour le coup, la communication avec l'étudiant est bien meilleure. »

Tous ces éléments visent essentiellement à développer un **espace de communication bienveillant** entre le MSU et son interne de SASPAS.

c. Développer un espace de communication bienveillant

Développer un espace de communication bienveillant dans le couple MSU/interne demande beaucoup **d'investissement de la part des deux protagonistes**, de **temps**, ainsi qu'une **adaptation constante** l'un à l'autre.

Elle apporte un **transfert d'expérience** à l'interne, une **réflexivité** aux deux membres du couple, et nécessite de la **confiance mutuelle** et un **lâcher-prise**.

Le MSU s'enquiert notamment **du ressenti de l'interne** sur son stage et les différentes situations rencontrées au cours de celui-ci, qu'elles **soient positives ou négatives**.

E2 : « Je vais demander les impressions, les réactions, les divergences, les dissensus, pas juste de valider ce que j'ai pu dire. Mais aussi que ce soit discuté, remis en question par le stagiaire, de manière assez systématique. »

E13 : « On revoit tous les dossiers. Les uns après les autres, et puis même ceux sur lesquels l'étudiant pense pas avoir eu de problème, on les débriefe quand même. »

E6 : « On leur dit, on les accueille sur un temps qui est dédié à eux avec un responsable des internes pour chaque semestre. On fait des points chaque mois avec eux pour savoir ce qui va, ce qui va pas, qu'eux aussi expriment les difficultés qu'ils peuvent rencontrer, ou dire que ça va ! »

Parfois les **difficultés ou facilités de l'interne sont spontanément évoquées** par celui-ci lorsque les conditions sont favorables, selon leur **personnalité**, notamment après un temps **d'acclimatation**, démontrant **l'évolution de la réflexivité de l'interne investiguée par le MSU**.

E1 : « Ça j'ai l'impression que les internes le disent spontanément. »

E4 : « Après, c'est plutôt moi qui vais explorer (...) souvent les internes ils vont se concentrer surtout au début du stage, sur le biomédical. »

E13 : « Alors peut être qu'ils savent ce que je vais leur demander et puis ils anticipent un peu les questions mais en tout cas sur les derniers débriefs, moi, j'interviens beaucoup moins que sur les premiers. Sur les premiers j'interviens beaucoup, je questionne beaucoup. Et sur les derniers, j'écoute beaucoup. »

Ou lorsque les **problématiques sont d'intensité élevées**.

E4 : « Quand c'est vraiment très marqué, les internes nous en parlent. »

E3 : « Et puis souvent les patients qui bloquent, qui posent problème, c'est à 90% des problèmes de communication parce qu'il a vu le patient pour la première fois, et puis il l'a trouvé agressif ou il l'a trouvé... il a été désabusé par son comportement. »

Lorsque ce n'est pas le cas, **divers outils sont utilisés par les MSU pour analyser** le ressenti de l'interne lors de l'entretien d'explicitation (**non-verbal, manque de clarté**) et creuser la question.

E13 : « Ouais, manque de clarté dans l'entretien d'explicitation, où voilà, on se dit 'y a un loup, y a un truc, y a un truc qui s'est mal passé' ».

Le mot d'ordre est la **bienveillance** dans une relation **quasi égalitaire**.

E7 : « Je suis pas un maître de stage qui va leur taper sur les doigts. Et puis même quand j'ai des critiques, on va dire plutôt une critique positive. »

Ainsi que le **suivi de l'interne**.

E13 : « Bah de la même manière que l'interne fait pas la prise en charge [du patient] en une fois, ben moi je fais pas la prise en charge de l'interne en une fois non plus. »

La création de cette espace de communication bienveillant a pour objectif de pouvoir **aborder les aptitudes communicationnelles de l'interne**, notamment face à une **situation de changement de comportement chez le patient** dans le cadre de la **supervision indirecte** imposée par les spécificités du SASPAS.

C. L'approche pédagogique du changement de comportement chez le patient

a. Le rôle des particularités du SASPAS

L'approche pédagogique du changement de comportement chez le patient dépend des conditions propres au stage « SASPAS ». Il s'agit d'un stage **initiatique** à la médecine générale **en autonomie** qui nécessite d'aborder beaucoup de choses en amont de la communication, telles que la **maîtrise de l'environnement, reconnaître ses limites** et l'influence de la fatigue ou de la charge de travail sur notre efficacité, apprendre à **se préserver**.

E5 : « Faut que le soignant se rende compte qu'il est sensible à sa propre fatigue, à la fatigue relationnelle. »

Il s'agit d'un stage dont le **pouvoir influence du MSU** est importante et doit être conscientisée, remise en question, de même que les **conditions du terrain de stage**.

Il s'agit également d'un **stage dense** dont la durée (6 mois) est considérée parfois **trop courte** pour une possibilité de **maîtrise** de la communication et de la relation médecin-patient, avec une influence du **statut de « l'interne »** face au patient, qui peut être positive comme négative.

E3 : « Ben après disons que l'interne il reste un temps, donc il voit pas forcément les patients dans la longueur. »

E5 : « Après on leur dit de profiter d'être interne parce que de temps en temps on a des confidences que le médecin n'a pas. »

Certains MSU pointent également le **« biais de recrutement de patient du début de stage »** avec une majorité de **soins non-programmés, aigus**, laissant éventuellement place à un début de suivi de patients en fin de stage.

E13 : « C'est un peu le biais du SASPAS, au début, vu que les gens les connaissent pas (...) c'est un biais de recrutement qui fait que ça peut les bloquer dans une démarche de régler les choses de manière immédiate. »

E4 : « Nos internes en SASPAS ils font quand même beaucoup d'aigu. »

b. La supervision indirecte

Le SASPAS est caractérisé par une **supervision indirecte**, plus ou moins agrémentée en début de stage d'une **phase de supervision directe**. La relation MSU/interne et les conditions de stage influent directement sur sa qualité.

i. Comment évaluer la communication ?

Certains MSU reconnaissent une **difficulté à évaluer et ajuster les aptitudes communicationnelles de leur interne de SASPAS en supervision indirecte**, en comparaison de l'interne de **niveau 1** en supervision directe.

E10 : « Je sais pas si on aura la capacité à transmettre autant que ce qu'on fait avec un interne de de niveau 1 quoi. Le moment où on transmet le plus, c'est vraiment en supervision directe. Après le reste c'est plus de l'accompagnement, du perfectionnement. Mais en communication, pour moi on a plus d'occasions de leur apprendre des choses [en niveau 1]. »

D'autant que l'interne de niveau 1 ne passe qu'exceptionnellement son SASPAS sur le même terrain de stage, même si l'idée serait intéressante pour avoir un **suivi** plus global de l'interne.

E2 : « Déjà faudrait revoir le stagiaire au niveau d'après, on n'a pas toujours l'occasion de... c'est rare quand on a le stagiaire qui fait les deux niveaux chez le même maître de stage... »

E10 : « Quelqu'un qui passe en niveau 1, qui passe en SASPAS et puis qui vient faire docteur junior où là effectivement vous avez suivi jusqu'au bout, puis comme vous avez déjà planté des graines au début, après vous pouvez vérifier de quelle manière elles poussent, est-ce qu'on remet un petit tuteur ou pas quoi. »

C'est l'interne qui met l'ordre du jour au débriefing. D'ailleurs, les MSU rapportent que lorsque les consultations se passent bien au sens de l'interne, ils ne vont pas chercher à les débriefing. Un MSU parle alors de « **Biais du Survivant** ».

E4 : « C'est le genre de chose, quand ça se passe bien, ils nous en parlent pas tellement. »

E13 : « Le biais du survivant, c'est, en gros, si tu as fait quelque chose à un patient et qu'il revient et qu'il n'est pas mort, ben t'as bien fait parce qu'il est pas mort, d'accord, mais en fait ça veut rien dire. »

Pour pallier l'impossibilité d'assister aux consultations de son interne de SASPAS, certains s'intéressent à **l'enregistrement vidéo** de certaines consultations, afin de permettre une analyse de cette communication voire une prise de conscience de l'interne de sa propre communication, mais reconnaissent une mise en place compliquée en pratique.

E8 : « Après je me dis qu'on pourrait presque des fois les enregistrer. »

E13 : « J'avais pensé à un moment essayer de faire de la supervision vidéo (sic) mais en fait c'est tellement compliqué à mettre en place que j'ai un peu rebroussé chemin parce que c'est un peu compliqué. Mais je pense que ce serait hyper intéressant une fois de temps en temps d'avoir un retour audio-vidéo pour se rendre compte. »

Alors ce sont plutôt les **techniques de communications** qui sont majoritairement utilisées pour appréhender au mieux la communication de l'interne et l'y sensibiliser. On retrouve des techniques de pédagogie de la supervision indirecte apportées par les **formations du CNGE**, de **l'écoute active et attentive** et de l'analyse du **non-verbal** de l'interne, de son **langage**, de son utilisation des **questions ouvertes**, de la **reformulation**, du **résumé**, du **silence**, l'utilisation parfois de **questionnaires systématiques ou d'échelles**.

E3 : « Ce qu'il faut c'est que l'interne comprenne que la façon de dire les choses est souvent plus importante que ce qu'on va dire en soit. »

E5 : « Alors nous on a des méthodes qu'on n'a pas inventé, c'est le CNGE qui l'enseigne, c'est le truc de pédagogie. »

E8 : « Le pire c'est sur la reformulation et sur les 'ne vous inquiétez pas', les 'c'est pas grave' (...) d'essayer au maximum de bannir tous les termes négatifs d'une discussion. Quelqu'un qui a un cancer on peut pas lui dire 'Bah vous inquiétez pas', non, 'rassurez-vous' c'est mieux ».

E13 : « Il me semble important qu'ils arrivent à laisser parler le patient, à laisser des blancs. »

E5 : « Y a des outils, des échelles, poser les questions clés... des questionnaires. (...) Après on a des techniques pures d'écoute, questions ouvertes, reverbaler, rebondir sur un point pour réorienter, remotiver, ramener le sujet... »

E11 : « Par contre ils ont un scotome dans le fait que peut-être ils posent trop de questions fermées et qu'ils sont trop directifs et que voilà. »

On revient également **sur l'exploration de l'environnement du patient** par les questionnements, repérer si l'interne émaille l'entretien d'explicitation **d'éléments non-verbaux recueillis** lors de ses consultations.

E8 : « Enfin ils arrivent très bien à nous le décrire et puis s'ils arrivent pas, bah des fois on leur demande, mais en règle générale c'est quasiment la première chose qui est décrite. »

Le MSU peut **profiter de sa connaissance de ses propres patients** pour analyser la communication de l'interne, tandis qu'ils auront tendance à davantage se mettre à la place de l'interne si le patient est inconnu. Dans cette situation du **patient inconnu du MSU**, les internes ont tendance à percevoir l'expérience plus négativement, comme un manque de réponse de la part du MSU, ou de manière neutre, alors que si l'exercice peut s'avérer compliqué pour le maître de stage et nécessiter un effort supplémentaire pour la continuité du suivi des patients, elle lui est plutôt intéressante.

E7 : « Là encore ça va être, si je connais le patient, si je sais que le patient c'est une tête pioche, bon bah voilà, c'est pas de la faute de l'interne. Après dans des situations comme ça, c'est soit le patient qui est complètement fermé, soit nous qui avons pas réussi à l'ouvrir. »

E8 : « Alors moi je trouve pas que ça soit un point négatif de mon côté, sur le plan pédagogique et je trouve plutôt que c'est un point positif parce que en fait, moi, ça me

force moi-même à presque me mettre à la place de l'interne et me dire, ce patient que je connais pas, ce que j'aurais fait à sa place, et en fait ça permet de discuter avec une certaine naïveté des choses. »

E9 : « Faudra quand même se forcer à regarder le lendemain ce qu'elle a fait avec nos patients parce que du coup, sinon, on perd une partie de l'information médicale de nos patients. »

E11 : « Bah pour moi elle est beaucoup moins confortable, pour l'interne ça lui change pas grand-chose. »

Ces informations sont également recueillies par le **feedback du patient au MSU, des MSU entre eux** voire par le **feedback direct de l'interne au MSU**, bien qu'ils reconnaissent alors la possibilité d'un **biais de désirabilité sociale**.

E4 : « C'est intéressant d'avoir le retour de l'interne. Parce que des fois nous on a l'impression de faire vachement bien un truc et puis en fait finalement c'est une petite part ce qui va se passer en supervision et voilà, on est pas très objectifs par rapport à ce qu'on fait nous, on a pas beaucoup de recul. »

ii. *Comment aborder le changement de comportement du patient ?*

Aborder le changement de comportement du patient fait partie du **rôle du médecin généraliste**.

E7 : « Parce que ça c'est notre boulot, c'est de la prévention à 90% du temps donc y a pas une journée où on essaie pas de faire changer le patient ou de lui faire comprendre qu'il devrait faire autrement. »

Pour aborder ce sujet, **lors du débriefing**, diverses techniques sont utilisées par les MSU : telles que **le jeu de rôle, l'entretien d'explicitation à visée réflexive**.

E1 : « Des fois quand c'est compliqué, je fais des jeux de rôles, je fais le patient, et puis j'fais le patient un peu chiant. »

E13 : « Parce que parfois j'ai même plus besoin de poser des questions et quand on fait l'entretien d'explicitation, d'eux-mêmes, ils vont-ils vont me dire 'Ouais mais tiens j'y pense j'ai pas fait ci, j'ai pas fait ça' et c'est en fait là que je me dis que le stage s'est bien passé et qu'ils n'ont plus besoin de moi. »

Un travail personnel peut alors être confié à l'interne par le biais de **prescriptions pédagogiques**.

E13 : « Et puis, c'est à ce moment-là que moi j'identifie s'il y a des choses éventuellement à creuser, à retravailler ; soit leur apporter des réponses s'il y a des choses qui nécessitent pas forcément de faire des recherches, soit de proposer un peu de recherche. »

Lors du débriefing peut également se voir réalisé **un transfert d'apprentissage de diverses techniques de communication : minimal change challenge**, pour déterminer le niveau de motivation du patient, **tâches thérapeutiques** en hypnose, **thérapie orientée solution**, **thérapie brève / intervention brève**.

E1 : « *Minimal change challenge et tâches thérapeutiques ! Des petites tâches : envoyez-moi une carte postale de vacances ! Comme ça, ils partent en vacances juste pour t'envoyer une carte postale. (...) La théorie orientée solution, c'est plutôt que de te concentrer sur les problèmes, tu te concentres sur euh ben la solution, et tu recherches les exceptions. »*

E10 : « *Pour moi, les thérapies brèves et le et l'hypnose ont un peu supplanté ça parce que on peut les utiliser aussi dans ces situations d'ambivalence devant un changement, mais on peut les utiliser aussi dans des situations où il y a juste de la souffrance et pas forcément une ambivalence face au changement quoi. »*

L'interne est aussi invité à utiliser les **ressources à disposition au cabinet** ou à la maison de santé, telles que l'**infirmière ASALEE**, pour l'**éducation thérapeutique**, la mise en place d'**objectifs**, l'**adressage aux collègues** formés à l'hypnose ou autres, l'utilisation de la **multiplicité des interlocuteurs**, l'utilisation d'affiches **en salle d'attente**, ...

E5 : « *On a beaucoup de relations avec l'infirmière ASALEE, on envoie l'interne pour voir comment elle fonctionne. »*

E4 : « *Y a eu quand même la formation à la fac sur justement l'annonce d'une mauvaise nouvelle, communication, éducation thérapeutique... »*

E10 : « *Ben il y a notre diététicienne qui a un DU d'éducation thérapeutique. »*

E3 : « *C'est que parfois y a le même discours qui est tenu par différentes personnes, il finit par avoir plus de poids. »*

Enfin, l'**entretien motivationnel** est abordé spontanément par plusieurs MSU interrogés dans la situation de la nécessité d'un changement de comportement chez le patient.

c. La question spécifique de l'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est, de façon partagée, considéré comme **essentiel** dans la pratique du médecin généraliste.

E2 : « *Je pense qu'un interne qui refuserait ce genre de pratique... ça serait un point très négatif. Donc non, la plupart du temps ils adhèrent, quand même. »*

La **généralisation de la connaissance de l'entretien motivationnel** des internes est reconnue, mais la pratique est considérée comme compliquée en SASPAS, car elle **nécessite de l'expérience**.

E10 : « *Enfin ils ont tous maintenant des cours hein, enfin des sensibilisations. Après c'est pas forcément toujours fait par des experts. »*

E2 : « *Je pense qu'il m'a fallu plusieurs années pour utiliser ça, donc voilà. »*

E11 : « *Ça se fait pas en cinq minutes donc c'est compliqué pour sur une consultation SASPAS. »*

Certains évoquent également le **cycle de Prochaska** dans le repérage du niveau de motivation au changement du patient. Précédemment, un autre MSU évoquait l'utilisation des **tâches thérapeutiques** ou du **Minimal change challenge** dans ce cas.

E4 : « Alors on peut parler du cycle de Prochaska. Ça doit m'arriver de temps en temps. Aussi pour apprendre aux internes à pas s'épuiser dans les stades de pré-contemplation, quoi. Sinon y a un épuisement et une démotivation de l'interne. »

La sensibilisation de l'interne à cette pratique passe par la **prise en charge globale du patient** et le **respect de son autonomie**.

E2 : « Eh bien comme c'est contenu dans la technique de l'entretien motivationnel, on n'est pas censés imposer quoi que ce soit au patient, voilà. Soit on suspend, soit on reprend la phase d'avant. »

E3 : « Laisser les clés au patient, et pas forcément faire à sa place ou lui imposer, quoi. »

E7 : « Faut évaluer la capacité du patient et la volonté du patient à entrer dans un changement de comportement. »

Cependant, même si la formation théorique à l'entretien motivationnel semble se démocratiser auprès des internes, une certaine disparité des formations des MSU est observée : entre **connaissance empirique du sujet, réalisation de formations volontaires**, notamment auprès d'experts, ou **apprentissage en autodidacte**.

E1 : « Nous on a pas eu de cours, 'fin ça existait pas de mon temps, l'entretien motivationnel. »

E2 : « Non, ça l'entretien motivationnel y a 35 ans c'était pas enseigné. »

E9 : « S'il y avait quelques séminaires à la fac... Oui, sûrement... Mais c'est un vague souvenir. »

E10 : « C'est beaucoup, beaucoup mieux qu'il y a qu'à 10 ans, c'est pas les mêmes intervenants. (...) [J'ai fait une formation] une session de 3 jours, initiation, approfondissement, perfectionnement, puis supervision une fois par an par enregistrement d'une consultation dédiée soumise à un expert. »

E13 : « On sent qu'il y a eu une formation initiale que moi j'ai pas eue quand j'étais interne et je pense qu'ils sont beaucoup plus performants que moi. (...) J'ai appris, j'ai lu, voilà. »

Cette disparité de formation mène souvent à une **connaissance et pratique empirique** de l'entretien motivationnel.

E3 : « Après je pense, des fois, on en fait sans le savoir, comme Monsieur Jourdain, le bourgeois gentilhomme. »

E6 : « Après oui j'pense qu'on le fait, en fait, si, on le fait tous, mais sans le savoir, sans étiqueter vraiment entretien motivationnel. »

Cependant, et comme nous avons pu le voir, malgré l'absence d'étiquetage « Entretien motivationnel », ses **processus** (engagement dans la relation, par l'écoute empathique, le non-verbal, évocation de l'ambivalence, focalisation à type de guidage, planification par fixation d'objectifs ou d'un plan personnalisé de soins), **ses compétences** (questions ouvertes, valorisation, reformulation, résumer, informer et conseiller, mais également explorer les valeurs et objectifs du patient) et **ses valeurs éthiques** (innocuité, altruisme, respect de l'autonomie, ne pas contraindre) sont **spontanément présents dans les discours des MSU**.

On retrouve même dans leur discours **l'utilisation de ces éléments dans un objectif éducationnel de leur interne**. Plus tôt, nous avons vu la nécessité d'un **engagement dans la relation MSU/interne** pour permettre le transfert d'apprentissage. Mais nous retrouvons également les autres processus et compétences de l'entretien motivationnel pour ce faire.

E4 : « En général j'essaie de poser des questions ouvertes : 'comment ça s'est passé avec tel patient ?', si c'est un peu flou, je fais des questions fermées 'est-ce que tu t'es senti à l'aise ?' (...) ça nécessite vraiment d'explorer spécifiquement ce domaine-là, puisque c'est quelque chose qui va rarement être servi sur un plateau par l'interne. »

E7 : « J'aime mieux les laisser dire au départ parce qu'on a ce défaut là en tant que médecin que de couper la parole même aux patients hein. (...) Et puis après je les fait un peu s'autoévaluer. »

E11 : « Bah finalement en faisant les techniques d'entretien motivationnel, c'est un peu comme ça qu'on éveille un peu l'intérêt chez l'interne, avec les mêmes techniques qu'on applique chez les gens pour l'entretien motivationnel. (...) Je valorise et je fais du renforcement positif pour celui qui s'est lancé. (...) Alors si on met à part les internes qui ont pas cette vision de la médecine qui est l'éducation thérapeutique ou l'entretien... Bon bah ceux-là j'ai envie de dire... On essaye hein, mais on peut aussi ne pas les accrocher, hein ? »

E13 : « Au téléphone on perd la partie non-verbale, on l'a pas. »

Le MSU tente également de **repérer le niveau de motivation de l'interne pour sa propre formation et son stage**, tout en **respectant son autonomie et ses intérêts**. Le **recueil de leur ressenti** et de leur **retour d'expérience** est important pour cela.

E5 : « Le côté curiosité et investissement c'est important, c'est un métier (...) Après on veut pas imposer notre vision de la médecine. »

Le **suivi** du patient est central dans l'apprentissage de **l'interne face au patient résistant**.

E4 : « En général ils les revoient. Parce que du coup le débriefing a quand même pour vocation de les aider. Ils ont quelques billes en plus. »

E5 : « D'organiser un suivi, de mettre des objectifs, en voyant quels objectifs le patient... le faire verbaliser. (...) On essaie de faire poser la question sur la temporalité, on peut pas tout balancer d'un coup. »

E8 : « Bah ils se remettent souvent en question pour savoir comment ils auraient pu faire autrement. »

E10 : « Expliquer que plus vous poussez, plus ça résiste quoi. Et plus vous accompagnez, plus le mouvement se fait naturellement. »

E11 : « Alors si on met à part les internes qui ont pas cette vision de la médecine qui est l'éducation thérapeutique ou l'entretien... Bon bah ceux-là j'ai envie de dire... On essaye hein, mais on peut aussi ne pas les accrocher, hein ? »

Les cas du **patient agressif** ou du **patient compliqué** sont également évoqués.

D. Modélisation du fonctionnement, au cours du SASPAS, d'une situation pédagogique autour du changement de comportement du patient, du point de vue du MSU

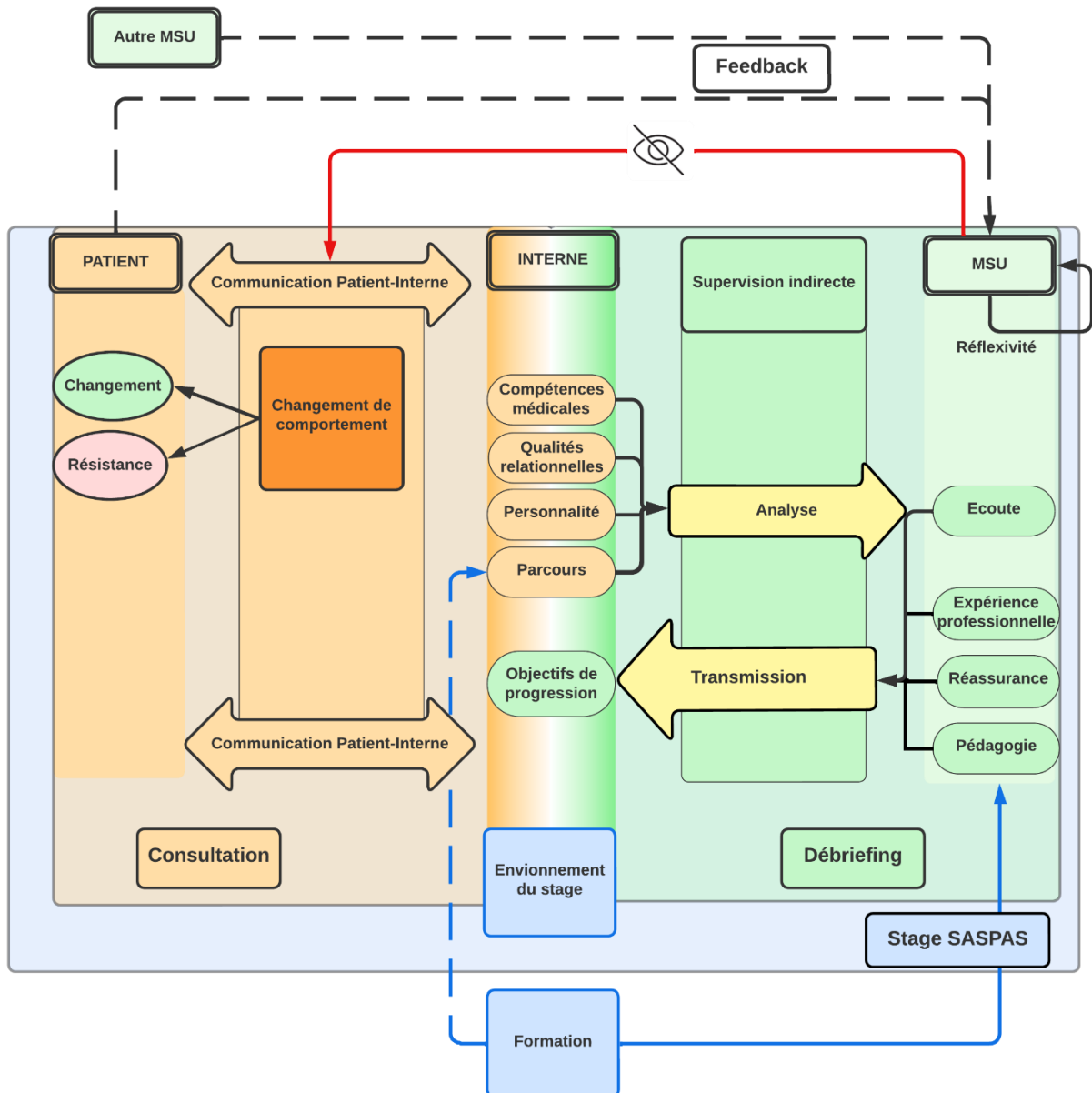


Figure 4 : Fonctionnement au cours du SASPAS d'une situation pédagogique autour du changement de comportement du patient du point de vue du MSU

IV. Discussion

1. Forces et faiblesses de l'étude

A. Originalité et complémentarité

La première force de cette étude est son **originalité** par son sujet, non encore exploré, autour de l'approche pédagogique de la transmission d'apprentissage en vue de faire changer de comportement le patient, spécifiquement lors du stage en autonomie au cours de l'internat de médecine générale.

La seconde est la **complémentarité** offerte par les deux travaux menés pour répondre à cette question auprès des deux populations concernées, l'interne de SASPAS et le MSU.

B. Concernant la méthodologie

Nous justifions l'utilisation de la recherche qualitative par une méthode inspirée de la théorisation ancrée en vue d'étudier et de transcrire sous forme de **modélisation schématique** l'approche pédagogique de la transmission d'apprentissage en vue de faire changer de comportement le patient lors du SASPAS.

Une force non négligeable de ce travail consiste en la réalisation d'une **double recherche auprès des deux populations concernées** par ce transfert d'apprentissage au cours du SASPAS, à savoir l'interne de SASPAS et le maître de stage, afin de recueillir leurs points de vue respectifs.

L'utilisation d'entretiens individuels semi-dirigé avec chacun des participants visait à favoriser la parole spontanée et sans-jugement des personnes interviewées, afin d'éviter **l'effet de soumission au groupe**, à l'aide d'un guide d'entretien composé de questions ouvertes et de relances, se précisant éventuellement de questions plus fermées, visant à obtenir un discours riche et fluide mais orienté et structuré en vue de répondre à la question de recherche.

Le **biais de désirabilité sociale** concerne forcément ce type de d'entretien, de même que **l'effet Hawthorne**. Un biais méthodologique concernant le guide d'entretien ne pouvant être évité, nous avons opté pour un guide d'entretien **évolutif** en fonction de la compréhension des questions des interviewés après chaque entretien et après chaque analyse visant notamment à faire préciser certains points si nécessaire.

C. Concernant l'échantillonnage

Nous avons choisi d'effectuer un **échantillonnage raisonné** auprès des deux populations sources d'intérêt pour notre question de recherche. **L'échantillonnage théorique** s'est inspiré de l'analyse ouverte et axiale de l'entretien précédent de chaque groupe pour recruter le prochain participant. Cet échantillonnage permet l'amélioration de **la validité externe** de notre étude.

Un **biais de sélection** peut résider dans le fait que plusieurs personnes contactées n'ont pas donné suite, ainsi nous pouvons émettre l'hypothèse que les personnes interrogées sont plus intéressées par le sujet de recherche. De fait, plusieurs MSU interrogés sont également enseignants impliqués dans la formation des internes de médecine générale (tutorat, séminaires).

Il a également été fait le choix de ne pas mentionner le terme d'entretien motivationnel dans le contact des participants afin de s'affranchir d'un possible **biais de désirabilité** avant la réalisation de l'entretien.

De même, nous avons préféré annoncer une durée d'entretien de 30 à 40 minutes afin de permettre l'organisation du participant en conséquence mais aussi de favoriser l'acceptation de l'entretien.

D. Concernant le recueil et l'analyse des données

Les entretiens auprès des MSU ont été réalisés, à leur choix, soit sur le lieu de travail des médecins, soit à leur domicile, soit à la faculté, ainsi qu'au moment de la journée qui les arrangeait, afin de leur permettre **d'être à l'aise dans leur environnement**.

Il peut y avoir un impact causé par le lien entre l'enquêtrice et les MSU interrogés, certains étant connus de cette dernière ou tout simplement du fait d'être tous deux médecins (**biais affectif**), et la connaissance de l'enregistrement audio peut également avoir freiné certaines déclarations. Nous avons tenté de limiter ce biais par l'assurance **d'anonymisation** et la transmission d'informations concernant notamment la sécurité des données recueillies.

Nous avons également tenté de privilégier un style **d'entretien compréhensif** (30) afin de rendre l'échange naturel et éviter la redondance ou l'excès de questions ouvertes et pousser le participant à l'élaboration de ses réponses.

Afin de réduire **les biais de fixation sur l'objectif**, nous avons procédé à des notes générales après chaque entretien sur l'ambiance et le déroulement de celui-ci.

Le nombre d'entretien total a été déterminé lors de l'obtention d'une suffisance de données, atteinte pour ce travail autour du 11^e entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés dans le but de confirmer cette suffisance.

Les deux chercheurs et le directeur de thèse étant médecins, un **biais de confirmation** peut prendre place lors de l'analyse des données. La **triangulation** des données par analyse conjointe des deux chercheurs et la mise en commun avec le directeur de thèse permet l'amélioration de la **validité interne** de l'étude.

2. Discussion des résultats

Dans un souci d'exhaustivité, la discussion des résultats concerne les deux travaux réalisés en parallèle.

A. Modélisation combinée du fonctionnement, au cours du SASPAS, d'une situation pédagogique autour du changement de comportement du patient

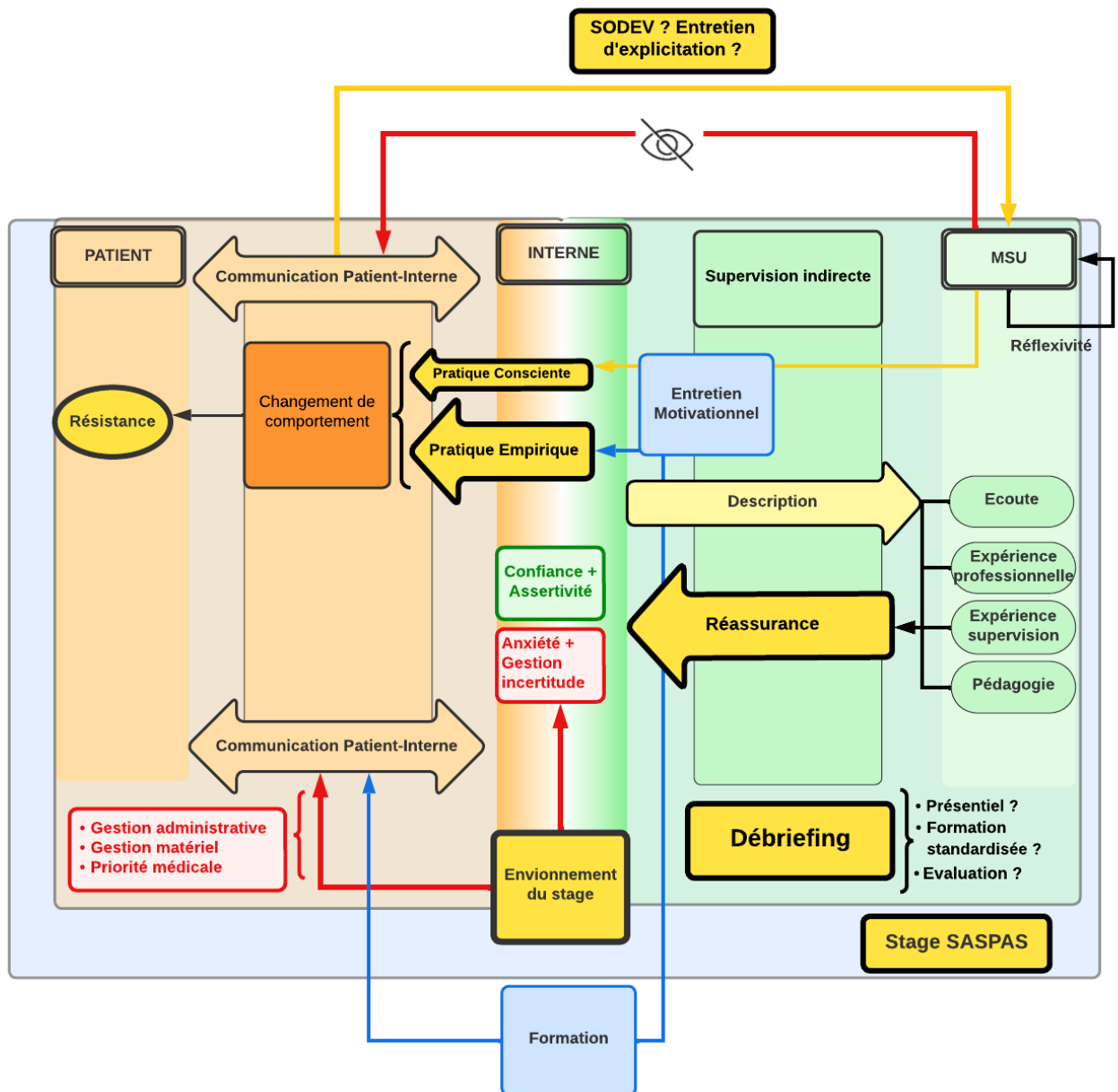


Figure 5 : Fonctionnement au cours du SASPAS d'une situation pédagogique autour du changement de comportement du patient

B. Impact des conditions de stage sur le transfert d'apprentissage

Les internes et les MSU ont discuté des conditions du stage de SASPAS et leur impact dans le transfert d'apprentissage. Les conditions pratiques du stage comprennent un débriefing en présentiel et l'intégration de ce temps de rétroaction dans la journée de stage afin d'éviter la fatigue et d'améliorer l'impact de ce débriefing. Ces résultats concordent avec une thèse de 2022 (32).

Les internes de médecine générale souhaitent un suivi régulier de la part de leur MSU pour éviter l'impression de « remplacement déguisé », pour une meilleure réassurance, et attendent une attitude réflexive et bienveillante de la part de leur MSU. Les MSU préfèrent également un débriefing en présentiel pour développer une relation de confiance avec leur interne (33).

Cependant, il est difficile d'évaluer la qualité de l'enseignement en SASPAS en raison de l'absence de formation standardisée pour cette supervision indirecte. Une formation plus soutenue des MSU pourrait également empiéter sur leur activité libérale et les décourager de la maîtrise de stage en raison de la surcharge de travail.

Les conditions de stage sont essentielles à prendre en compte par chaque MSU et devraient être évaluées par les internes, probablement de manière anonyme, comme cela a été fait pour tous les stages de niveau 1 et SASPAS au niveau national au cours d'une thèse de 2022 à partir de l'outil en ligne d'évaluation des stages GELULES® (34). Bien que la qualité des stages soit indéniable, les pistes d'amélioration doivent être prises en compte, en particulier pour les stages considérés comme défaillants.

C. Priorité initiale des internes aux compétences médicales et organisationnelles

La problématique de la communication passe souvent au second plan par rapport à la problématique médicale lors des débriefings. Les internes doivent d'abord acquérir un certain bagage de connaissances biomédicales avant de pouvoir se concentrer sur la communication technique. De plus, les internes rencontrent des difficultés avec les tâches administratives en début de SASPAS, telles que la gestion du matériel informatique, compliquant l'attention portée sur leur communication (35,36).

Les internes ont également exprimé un intérêt pour l'organisation du cabinet et la gestion globale de celui-ci, afin de se préparer à leur future fonction de remplaçant (37). Il est également noté que certains MSU consacrent une partie de leur temps à déconstruire les habitudes de la pratique hospitalière de certains internes pour s'adapter à la médecine générale.

La connaissance et l'appropriation de l'environnement sont essentielles pour que les internes puissent exercer leurs compétences biomédicales et se concentrer ensuite sur leurs qualités communicationnelles.

D. Supervision directe, indirecte et SODEV

Au cours de son internat en médecine générale, l'interne effectue deux stages obligatoires en cabinet. Le premier stage, de niveau 1, implique une supervision directe, où l'interne est généralement présent lors des consultations avec le MSU. Cela permet une évaluation globale de la consultation de l'interne, de son raisonnement clinique et de sa communication. Cependant, l'anxiété potentielle de l'interne face au regard du MSU et la prise de décision à trois peuvent être des inconvénients (38). Néanmoins, ce stage offre à l'interne l'opportunité d'observer les interactions du MSU avec les patients et d'en tirer des enseignements, comme l'ont souligné des participants de notre étude.

Durant le stage SASPAS, l'interne évolue sous une supervision indirecte qui présente certaines limites pour comprendre la communication avec le patient, en raison de biais de mémoire, d'omissions, de l'absence de visibilité sur le déroulement de la consultation et le langage non-verbal. Pour surmonter ces limites, le protocole SODEV (supervision par observation directe avec enregistrement vidéo) a été introduit dans certaines facultés de médecine en France, permettant ainsi l'utilisation de vidéos de consultations comme outil pédagogique.

La SODEV peut être considérée comme une solution intermédiaire, combinant les avantages de la supervision directe et indirecte (39,40). L'interne mène des consultations de manière autonome tout en étant filmé avec le consentement du patient. Une séance de supervision différée est ensuite organisée entre le MSU et l'interne, basée sur les enregistrements vidéo. Cette technique permet aux internes de se sentir plus autonomes (41) qu'en supervision directe et n'altère pas, pour la majorité des patients, la qualité de la consultation (42).

Cependant, plusieurs défis se posent pour sa généralisation, notamment les aspects pratiques liés à la mise en place du matériel, le caractère chronophage de la technique (39,43) l'augmentation de la charge de travail pour le MSU et l'interne, et la nécessité d'une formation spécifique pour les MSU (41).

Une piste intermédiaire de standardisation de la supervision indirecte pourrait être l'entretien d'explicitation, méthode prometteuse mais délicate à maîtriser, pour développer la réflexivité de l'interne durant le débriefing (44).

E. Formation à l'EM ou pratique empirique ?

Une étude montre que les internes ont des habiletés relationnelles et techniques pour une communication de qualité, même sans formation (45).

Plus spécifiquement, lors d'une étude menée en 2012 sur la place de l'EM dans les cabinets de médecine générale français, la majorité des participants ont déclaré avoir une pratique modérée à importante de l'EM, en utilisant principalement les techniques de valorisation, de questions ouvertes et de reflets (46).

Les autres médecins pratiquant l'EM de manière empirique utilisent souvent des outils de communication fidèles à l'EM, même s'ils n'ont pas suivi de formation spécifique. Cependant, ce qu'ils entendent par EM reste incertain et il existe parfois une confusion entre l'EM et d'autres approches telles que les thérapies brèves et le conseil minimal (47).

Il est important de se demander si le simple fait de se reconnaître dans la pratique de certains principes de l'EM suffit pour faire de l'EM et être efficace.

Une étude en oncologie a étudié les conséquences d'une formation de 3 jours en communication chez leur médecin. Celle-ci augmentait significativement la qualité de leur communication, ceci malgré l'ancienneté et l'expérience des médecins (48). La formation reste donc un point essentiel et ce malgré l'expérience.

Dans notre étude un seul interne sur leur ensemble a déclaré réaliser des EM complets et en être pleinement satisfait. Ainsi, en accord avec d'autres études, l'EM apporterait un élan positif, une sérénité et un épanouissement (18,49,50). Bien que la majorité des participants de notre étude aient suivi une formation à l'EM, la plupart rapportent l'utiliser de façon empirique, ce qui suggère que la formation initiale ne suffit pas à garantir l'adoption de l'EM dans la pratique quotidienne. Ils sont néanmoins conscients des principaux domaines d'application utilisés pour la pratique de l'EM (46,47,50).

L'un des domaines d'application récente de l'EM est l'éducation : la dernière édition de l'ouvrage de Rollnick et Miller revient en effet sur le potentiel de l'EM pour améliorer la pratique quotidienne de l'enseignement (15). Cela a été souligné lors de nos entretiens par un MSU utilisant l'EM de façon consciente, mais également par d'autres MSU, qui établissent une relation de confiance par le biais des quatre étapes de l'EM et de son esprit et en utilisent clairement les compétences essentielles (rappel de l'EM en **Annexe 1**).

L'évaluation des étudiants sur leur pratique de l'EM à l'aide de scores tels que le MITI, score validé pour évaluer les compétences à l'EM de l'intervenant, pourrait aider à une prise de conscience objective de la qualité de leur mise en œuvre de l'EM (51).

Cependant, cette évaluation nécessite des personnes formées et expertes dans la pratique, ce qui n'est pas toujours le cas des MSU qui évaluent les étudiants. De plus, l'évaluation quotidienne de l'EM semble difficile, en raison du temps nécessaire à l'analyse du discours (24).

Le référentiel des niveaux de compétences produit par un groupe d'experts du CNGE mentionne la compétence relationnelle et ses sous-items avec des niveaux allant de « novice », « intermédiaire » à « compétent ». Il est donc difficile de procéder à une évaluation précise de cette capacité communicationnelle. Une étude a révélé que les méthodes d'évaluation de compétences en communication en fin de stage ont été jugées floues (52). Il est donc important de trouver des moyens plus précis d'évaluer les compétences en communication des internes.

F. Face au patient résistant

Lors de nos entretiens, certaines personnes ont confondu le terme de « patient résistant » avec celui de « patient difficile », alors que nous faisons référence au terme utilisé dans l'ouvrage de Rollnick et Miller : *L'Entretien Motivationnel, aider la personne à engager le changement* (15). Dans la dernière édition de l'ouvrage, ce terme de « résistance » a été remplacé par « dissonance » pour mieux prendre en compte les déterminants interpersonnels de ce phénomène.

La dissonance signale un défaut d'harmonie dans la relation de collaboration et se présente notamment par de la défense, voire du désengagement. Les sources de dissonance peuvent venir des différentes étapes de l'entretien motivationnel et se manifestent comme une rupture

du rythme de conversation. Les signes de dissonance ont d'ailleurs des caractéristiques culturelles, ce qui vient faire le lien avec les propos d'un MSU interrogé mentionnant sa pratique de la santé communautaire (53).

Les réactions du patient peuvent être multiples, allant de l'agressivité au retrait.

Certains MSU ont mentionné les patients pour lesquels on peut éprouver des émotions négatives intenses du fait de la complexité de leur suivi. Dans la littérature, ces patients sont appelés « heartsink patients ». Une thèse qualitative de 2022 a étudié l'échec de la relation médecin-patient avec un « heartsink patient », faisant le lien avec un échec de partenariat donnant lieu à une frustration réciproque dans la relation. L'anxiété et les troubles somatoformes étaient au premier plan pour ces patients, et le ressenti de la relation dépendait de la personnalité du médecin et de sa capacité à répondre à la somatisation et à l'incertitude diagnostique (54).

Dans une thèse de 2019, l'incertitude en médecine générale a été étudiée auprès des internes de SASPAS. Elle se compose de trois éléments : l'incertitude liée au praticien, celle liée au patient et celle liée à la relation médecin-patient. L'incertitude durant ce stage est source de ressentis désagréables, mais est considérée comme bénéfique sur le long terme pour maintenir notamment la vigilance du praticien (55).

Le statut de l'interne peut être facilitateur ou constituer une gêne à l'établissement de la relation médecin-patient. Plusieurs études qualitatives ont mis en évidence des représentations erronées et des freins à l'acceptation à consulter avec un interne en SASPAS du côté des patients. Ces refus allaient du manque de connaissance quant au niveau de formation et de compétences de l'interne, le ressenti de son manque d'expérience, au fait d'avoir une relation privilégiée avec le médecin traitant (le MSU). Cependant ces éléments sont compensés par le dynamisme des étudiants, l'amélioration de l'offre de soins, leur regard neuf, la préservation de la relation de confiance patient-MSU (56–58).

Ainsi, la confrontation des internes à des populations différentes et des relations de soin différentes est importante pour leur expérience et formation, toujours à l'aide d'un bon encadrement du MSU et de son intérêt pour le ressenti de ses internes, afin d'éviter un vécu négatif des situations difficiles. L'apport du tutorat dans ce contexte est non négligeable d'après les MSU officiants à la faculté en tant que tuteurs d'internes de médecine générale.

G. Impact et rôle des MSU pour le transfert d'apprentissage

Nous avons vu l'importance donnée au développement de la réflexivité par les deux partis. Les internes reviennent également beaucoup sur le besoin de réassurance, et les MSU sur l'évaluation de l'anxiété des étudiants, en vue de développer in fine l'assertivité professionnelle.

L'assertivité en médecine est la capacité à exprimer ses idées, ses sentiments et ses limites de manière appropriée tout en respectant les droits des autres. Elle peut faire appel à différentes techniques verbales, parmi lesquelles : le disque rayé (la répétition), l'embuage (la recherche d'un terrain d'entente), ou non verbales. C'est une compétence importante car elle permet de communiquer de manière efficace avec les patients et les autres membres de l'équipe de soins.

En réalité, la plupart des médecins de nos jours adoptent un style assertif, tel Monsieur Jourdain dans *Le Bourgeois Gentilhomme*, sans le savoir. En effet, lors de nos entretiens, les caractéristiques de l'assertivité ont été très souvent mentionnées sans jamais y mettre le mot.

En 2019, la revue *Exercer* a publié des articles sur l'assertivité professionnelle en santé et plus spécifiquement dans la relation médecin-patient. Ces articles différencient le paternalisme de l'autoritarisme et décrivent les rôles du médecin en fonction des besoins du patient : un rôle d'expert-prise en charge, un rôle d'expert-guide, un rôle de partenariat et un rôle de facilitateur (59,60).

On peut noter que la phase aiguë ou chronique de la prise en charge modifie l'attitude du professionnel de santé face au patient. En accord avec une thèse de 2021, les internes de SASPAS ainsi que les MSU ont mentionné que les consultations étaient principalement axées sur les pathologies aiguës, mais qu'elles permettaient tout de même d'apprendre une forme d'assertivité et laissaient graduellement place au suivi chronique (61).

L'assertivité professionnelle en médecine consiste à faire preuve de souplesse dans les différents rôles du professionnel de santé, en évitant les comportements extrêmes tels que l'agressivité, la passivité ou la complaisance. Il s'agit d'adapter son style de communication aux circonstances et aux objectifs professionnels, ce qui est en accord avec les propos des personnes interrogées.

Enfin, concernant la réassurance des MSU envers leurs internes de SASPAS, nous pouvons mentionner que certains rapportaient le sentiment d'illégitimité à dire « non » de leur interne au patient, en lien avec un manque de confiance en soi. Cette légitimité se développe donc par la réassurance, la prise de confiance, et le développement de son assertivité, comme on peut le voir dans les manifestations verbales et non verbales de l'assertivité présentées par les articles de la revue *Exercer*. La gestion de l'anxiété apparaît comme nécessaire afin d'aboutir à une attitude assertive.

H. Le cas de la transmission de l'EM

Les MSU accordent une attention particulière à l'empathie de leur interne en début de stage. Le Dr E. Marin recommande un enseignement précoce et soutenu de la communication empathique (62), qui peut être intégré à la formation biomédicale à l'aide de méthodes telles que les « patients standardisés » ou « simulés » et les jeux de rôle (63). Bien que ces méthodes puissent être sources de stress pour certains internes, ils les trouvent néanmoins formatrices.

La transmission de l'EM dépend des formations réalisées par les MSU. Plus le MSU a une activité d'addictologie, plus il forme ses internes, utilise la supervision indirecte et plus l'interne est compétent (64,65). Cependant, il existe un manque de cadre pour permettre une harmonisation des pratiques en termes de rétroaction (66). Une meilleure compréhension des concepts et des termes pédagogiques permettrait aux MSU de mieux appréhender la logique d'apprentissage (67).

Des formations régulières sont proposées pour les MSU, mais il est important de s'assurer que tous les MSU y participent et que les formations soient pratiques et adaptées à leurs besoins (68). Les internes de notre étude intègrent la motivation au changement de leur patient et n'insistent pas si le patient n'est pas prêt au changement. Comme cité dans la thèse des Dr Dvorak et Thomas : « Il est important de prendre le temps et de laisser le temps au

changement » (69). Un temps est nécessaire pour intégrer et ancrer les connaissances vues pendant les formations. La répétition de la formation à l'EM dans le temps, sous couvert d'une supervision adaptée, pourrait aider les internes à intégrer les principes de l'EM et à s'entraîner à les mettre en pratique.

En perspective, il serait intéressant d'étudier l'opinion des patients sur la façon dont un interne en SASPAS peut les aider à changer de comportement.

Les nouveaux modes d'exercice coordonnés offrent de nouvelles perspectives pour la prise en charge globale du patient et devraient être intégrés dans la formation des futurs médecins généralistes. La transmission théorico-pratique au plus près du lieu de transmission serait un élément favorisant, un déterminant positif.

Avec la mise en place de la quatrième année d'internat de médecine générale, des propositions pourraient être faites pour améliorer la formation professionnelle et la supervision indirecte des internes, en explorant notamment des méthodes de standardisation plus précises telles que la SODEV ou l'entretien d'explicitation.



V. Conclusion

Cette étude qualitative nous a permis d'explorer et de schématiser le transfert d'apprentissage MSU/interne de SASPAS autour de la question du changement de comportement du patient.

Nous avons constaté qu'en début de stage, les internes ont besoin de temps pour prendre leurs marques, comprendre les dimensions organisationnelles et administratives du cabinet. Ils doivent se détacher de leurs habitudes hospitalières. Leur priorité initiale est de mettre en pratique leurs compétences médicales acquises, mais ils restent néanmoins conscients de l'importance de la communication avec leurs patients dans leur activité professionnelle. La priorité initiale des MSU vise davantage à la gestion de l'anxiété et à la mise en place d'une relation de confiance avec leur interne.

La plupart des internes interrogés ne rapportent pas de difficultés majeures en communication avec les patients. Ils accordent une grande importance à la disponibilité de leur MSU et recherchent avant tout une compréhension et une réassurance de leur part, dans un mode de relation de compagnonnage. De même, les MSU considèrent leurs internes de SASPAS comme ayant complété leur formation théorique et les voient comme de futurs confrères, remplaçants ou associés.

Les internes sont confrontés quotidiennement à des situations de changement de comportement chez leurs patients. Ils s'appuient notamment sur leurs formations initiales pour y faire face, mais l'utilisation de l'entretien motivationnel tel qu'appris à la faculté reste floue pour la majorité des internes interrogés. Ils ont plutôt recours, à l'image de la majorité des MSU, à une application empirique de ses principes.

Le transfert d'apprentissage en supervision indirecte est permis par le débriefing, espace de communication bienveillant entre le MSU et son interne de SASPAS, dont la qualité est dépendante des conditions de réalisation. Le débriefing permet le recueil du ressenti de l'interne et le partage de l'expérience du MSU. Dans ce contexte d'absence de visibilité directe sur la communication interne/patient, il est difficile pour les MSU d'évaluer les compétences communicationnelles de leur interne. Plusieurs d'entre eux font alors usage de la méthode de l'entretien d'explicitation et des principes de l'entretien motivationnel avec leur interne. Certains mentionnent avoir envisagé la SODEV avant d'être freinés par des difficultés de mise en place.

L'objectif des MSU est principalement d'aider l'interne à développer sa réflexivité et à atteindre l'assertivité professionnelle. Pour ce faire, les formations pédagogiques des MSU et leur propre réflexivité sont essentielles. La maîtrise de stage leur permet également d'évoluer dans leur pratique et d'apprendre de leurs internes.



Annexes

Annexe 1 : Rappel : l'Entretien Motivationnel

Source : *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement* (15).

Trois décennies après son introduction, l'EM est une intervention clinique :

- Fondée sur les preuves avec plus de 200 essais cliniques randomisés qui ont été publiés, avec à la fois des résultats positifs et négatifs
- Relativement brève : l'EM a le plus souvent été testé comme une intervention en 1 à 4 séances, et même avec des consultations relativement brèves de 15 minutes ou moins
- Définissable et vérifiable : des outils fiables et valides ont été développés pour mesurer la qualité de l'EM qui était mené
- Avec des mécanismes d'action testables : plusieurs médiateurs potentiels de l'efficacité de l'EM ont été évalués, et il ne fait aucun doute que d'autres seront précisés et testés
- Généralisable à plusieurs champs d'action : les effets bénéfiques de l'EM ont été observés dans une large gamme d'objectifs de changement
- Complémentaire à d'autres méthodes thérapeutiques : l'EM n'est pas un traitement global mais a été conçu comme un outil pour prendre en charge une tâche clinique particulière : résoudre l'ambivalence en direction du changement. Il est complémentaire de différentes autres approches thérapeutiques
- Transmissible à de nombreux types d'intervenants : les professionnels d'une grande variété de secteurs peuvent apprendre l'EM.

« En esprit, l'EM recoupe la sagesse millénaire sur la compassion et l'altruisme qui traverse le temps et les cultures et sur la façon dont les gens négocient les uns avec les autres sur le changement. C'est sans doute pourquoi les cliniciens qui font connaissance avec l'EM ont parfois l'impression de le reconnaître, comme si c'était quelque chose qu'ils avaient toujours su. Et c'est en quelque sorte le cas. Ce que nous avons cherché à faire avec l'EM, c'est de le rendre définissable, transmissible, observable et utile. »

I. Qu'est-ce que l'entretien motivationnel ?

a. Conversations sur le changement

« La fonction première du langage, derrière l'obtention d'information, est de fait de motiver, d'influencer le comportement de l'autre. »

L'EM implique de prêter attention au **langage** naturel sur le changement et en particulier sur la façon d'avoir une conversation plus efficace sur le sujet.

L'EM est conçu pour trouver une façon constructive de répondre aux difficultés qui surviennent souvent quand un aidant tente de modifier la motivation au changement.

Un continuum dans les styles relationnels

On peut placer sur un continuum de styles les conversations menées dans une relation d'aide.

DIRIGER <-> GUIDER <-> SUIVRE

L'EM se situe dans la zone entre « diriger » et « suivre », incorporant certains aspects de chacun de ces styles.

Le réflexe correcteur

Il s'agit du désir de réparer ce qui semble ne pas fonctionner chez les gens et de les conduire rapidement dans une meilleure direction, réflexe relié particulièrement à un style directif.



Le réflexe naturel de l'intervenant est de prendre parti pour le bon côté du débat. Or argumenter pour l'un des versants de l'ambivalence d'une personne la conduit probablement à défendre le versant opposé. Il ne s'agit pas là de déni, d'opposition ou de résistance mais de la nature normale de l'ambivalence et du débat. Les gens ont tendance à se croire eux-mêmes et à faire confiance à leurs propres opinions plutôt qu'à celles des autres.

Le réflexe correcteur et le style directif qui lui est associé tendent à créer une conversation sur un mode confrontant.

L'ambivalence

En étant ambivalent, on se rapproche progressivement du changement. Mais en définitive l'ambivalence est le point où on est le plus souvent bloqué sur la route du changement. Il est donc normal, lorsqu'une personne est ambivalente, d'entendre de sa part 2 types de discours entremêlés : **discours-changement** et le **discours-maintien**.

Sortir de l'ambivalence, c'est choisir une direction, se tourner vers elle et la suivre.

Il est manifeste que l'attitude ouverte ou défensive du patient, le discours-changement ou le discours-maintien, sont beaucoup le produit de la relation thérapeutique.

La « résistance » et la motivation apparaissent dans un contexte interpersonnel.

Dynamique des conversations sur le changement

Réaction au réflexe correcteur : en colère, défensif, inconfortable, impuissant.

Réaction aux questions ouvertes et à l'écoute active : engagés, renforcés, ouverts, compris.

Une première définition

Les compétences en EM requièrent une écoute de grande qualité.

- **L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement.**
- **L'EM vise en particulier à conduire des conversations de telle façon que les personnes puissent évoquer un changement pour elles-mêmes, en se fondant sur leurs propres valeurs et leurs propres intérêts.**
- **L'EM est un style d'intervention centré sur la personne qui s'intéresse à la question usuelle de l'ambivalence face au changement.**
- **L'EM est un style de communication collaboratif et centré sur un objectif, avec une attention particulière au langage de changement. Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif précis en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme.**

b. L'esprit de l'entretien motivationnel : son contexte intellectuel et spirituel

Sans cela, l'EM ne deviendrait qu'un trucage cynique, le moyen de **manipuler** les personnes afin qu'elles fassent ce qu'elles ne veulent pas faire. L'EM n'est pas une façon de piéger les gens dans le changement : c'est le moyen de mobiliser leurs propres motivations et leurs propres capacités à changer.

Pour cela, 4 éléments sont essentiels : le **partenariat**, le **non-jugement**, l'**altruisme**, l'**évocation**.

PARTENARIAT

C'est une collaboration active **entre deux experts**. Considérer que la personne dispose d'une expertise complémentaire à la sienne. La mise en œuvre de cette expertise est une condition nécessaire à la survenue du changement.



A l'inverse, lorsqu'on fait passer sa propre expertise comme permettant d'apporter la réponse au dilemme de la personne, on constitue un terreau fertile pour la naissance et la croissance du réflexe correcteur.

Dans l'EM, l'intervenant est un **compagnon** de route qui parle moins que son partenaire.

On observe de sa part : Exploration + intérêt + soutien (différent de : exhortation, persuasion, argumentation).

Ce qui permet de mettre en place une atmosphère interpersonnelle positive.

L'honnêteté concernant ses attentes est essentielle dans l'EM. La nature collaborative de l'EM nécessite d'être attentif à ses propres aspirations et à en mesurer les évolutions, comme on le fait pour celles du patient. La lucidité et l'honnêteté que l'intervenant doit garder au sujet de ses valeurs et de ses objectifs.

Cette dimension partenariale se fonde sur un profond **respect** de l'autre.

NON-JUGEMENT

Il consiste à accepter sans réserve ce que le client apporte.

Il comprend 4 aspects selon Carl Rogers : **valeur inconditionnelle, empathie approfondie, soutien de l'autonomie, valorisation.**

Prises ensemble, ces 4 attitudes centrées sur la personne soutiennent ce que nous voulons signifier avec la notion de « non-jugement » : reconnaître la valeur inconditionnelle de chaque être humain et son potentiel, son **autonomie** inaliénable qu'il convient de renforcer, manifester une **empathie approfondie** pour le point de vue de l'autre et valoriser ses capacités et ses efforts.

- Valeur inconditionnelle

« L'acceptation de l'autre comme personne individuée, le respect de sa valeur dans son propre droit. C'est un postulat essentiel – la croyance que l'autre est d'une certaine façon fondamentalement digne de confiance ».

C'est là une condition thérapeutique nécessaire et suffisante pour que le changement survienne.

Fromm l'a décrit comme une forme de **respect**, comme la capacité de voir la personne comme elle est, de percevoir son individualité unique (ipsité).

Le respect signifie la préoccupation que l'autre devrait se développer et s'accomplir selon ce qu'elle est. Cela implique par conséquent l'absence de prise d'intérêt.

- Empathie approfondie

Elle se définit comme un **effort conscient et actif** pour comprendre le point de vue interne de l'autre. Différent de sympathie ou identification. Il s'agit de *« ressentir comme s'il était nôtre ce qu'est le monde intérieur du client, fait de signification personnelles – sans jamais perdre de vue qu'on fait comme si ».*

- Soutien de l'autonomie

En troisième lieu, le non-jugement implique de valoriser et de respecter **l'autonomie** de chacun, son droit irrévocable et sa capacité à se diriger lui-même.

C'est un paradoxe : dire à quelqu'un « vous ne pouvez pas » ou plus généralement chercher à le contraindre suscite habituellement la réactance psychologique, c'est-à-dire le désir de restaurer sa liberté.

Au contraire, reconnaître explicitement la liberté de choix de la personne diminue l'attitude d'opposition et facilite le changement. *Cela implique de se défaire une bonne fois pour toute de l'idée qu'on doit (et peut) faire changer les gens. Par essence, cela revient à renoncer à une capacité qu'on n'a en fait jamais détenue.*

- Valorisation



Consiste à rechercher et reconnaître les capacités et les efforts de la personne. Ce n'est pas pour l'essentiel une appréciation personnelle, mais l'expression d'une intention dans l'attitude et la façon de communiquer.

L'attitude opposée va rechercher ce qui ne marche pas chez l'autre, ce qu'on appelle souvent « **évaluer** » ce qui vise à identifier le défaut qu'il conviendrait de réparer.

ALTRUISME

Être altruiste, c'est promouvoir de façon active le bien-être de l'autre, donner la priorité aux besoins de l'autre.

Travailler dans un esprit d'altruisme, c'est faire de tout son cœur en sorte que la confiance que l'on suscite soit méritée.

EVOCACTION

Beaucoup de consultations professionnelles sur le changement sont fondées sur le modèle du déficit, modèle selon lequel il conviendrait de mettre en place chez la personne quelque chose qui lui manquerait. Le message implicite est « *j'ai ce qu'il vous faut, je vais vous le donner* ».

L'esprit de l'EM se fonde sur des prémisses très différentes, centrées sur les capacités que les personnes ont déjà en elles et non sur ce qui leur manque, et la tâche du professionnel est d'en permettre l'expression, l'en susciter l'évocation. Le message implicite est « *vous avez ce dont vous avez besoin, et nous allons le découvrir ensemble* ».

Dans cette optique, est particulièrement important de rechercher et de comprendre les points forts et les ressources d'une personne plutôt que d'évaluer ses déficits.

Quelques principes de l'intervention d'aide centrée sur la personne

Le changement est essentiellement un **changement par soi-même**. Les services (traitements, thérapies, interventions, conseils...) facilitent les processus naturels de changement (Prochaska et DiClemente, 1984, cf. plus loin).

Un processus de développement

Avoir complètement intégré cet état d'Esprit n'est pas un pré-requis pour la pratique de l'EM – sans quoi, qui ne s'y mettrait jamais ? En vérité, c'est plutôt la pratique de l'EM qui enseigne l'esprit sous-jacent.

c. Méthode de l'entretien motivationnel

Les 4 processus de l'EM

Engagement dans la relation, focalisation, évocation, planification.

- L'engagement dans la relation

Processus par lequel les 2 partis établissent un **contact** utile et une **relation** de travail.

L'engagement thérapeutique est un prérequis pour tout ce qui va suivre.

- La focalisation

Processus par lequel on développe et maintient une **direction** précise dans la conversation sur le changement.

La prise en charge des maladies chroniques est très souvent en lien avec un changement de comportement de santé.

- L'évocation

Consiste à **faire émerger les propres motivations** au changement du client. Lorsque l'objectif est un changement personnel, l'approche de l'expertise didactique (directive) ne fonctionne pas.

Le **réflexe correcteur** consiste à verbaliser les arguments pour le changement nous-mêmes, et cela peut être contre-productif. Il faut un processus collaboratif d'encouragement à la motivation intrinsèque de la personne pour un changement positif.

- La planification

Comprend à la fois le développement de l'engagement vers le changement et la formulation d'un **plan d'action précis**. C'est une conversation sur l'action conduite avec une oreille affûtée pour faire émerger les propres solutions du client, promouvoir son autonomie dans la prise de décision et continuer à faire émerger et renforcer le discours-changement à mesure que le plan se dessine.

Les compétences essentielles et les 4 processus de l'EM

La pratique de l'EM implique l'utilisation souple et stratégique de certaines **compétences essentielles de communication**, partagées avec beaucoup d'autres formes de relations d'aide et particulièrement avec les autres approches centrées sur la personne.

Les compétences essentielles sont : **poser des questions ouvertes, valoriser, refléter, résumer et informer et conseiller**.

- Poser des questions ouvertes

Elles invitent la personne à réfléchir et à élaborer. En EM la fonction la plus importante de la question n'est pas de recueillir de l'information mais aide à comprendre **le cadre de référence** de la personne, à renforcer une **relation** collaborative, faire **évoquer** les motivations et **planifier** le cours du changement.

- Valoriser

L'EM se centre sur les ressources, les efforts et les forces personnelles propres du client. La valorisation est aussi une manière de penser : le clinicien est consciemment à la recherche des **points forts du client**, de ses premiers changements positifs et de ses intentions.

- Refléter (reflets simples et reflets complexes)

L'écoute réflexive est une compétence fondamentale en EM. Les reflets qui émettent une **hypothèse sur ce que veut dire** le client ont une fonction importante **d'approfondissement** de la compréhension, par la **vérification** que l'hypothèse est appropriée. Ils conduisent également les gens à **entendre** une nouvelle fois leurs pensées et leurs sentiments, peut-être exprimés avec différents mots, à les réévaluer. Une bonne écoute réflexive permet que la personne continue à parler, à explorer et à réfléchir. Elle est aussi nécessairement **sélective**, du fait que l'on choisit certains aspects à refléter parmi tout ce que la personne dit.

- Résumer

Ce sont essentiellement des reflets qui recueillent ce que la personne a dit et lui représentent comme dans un panier. Ils peuvent être utilisés pour regrouper ce qui a été dit, comme à la fin d'une séance, ou peuvent **suggérer des liens** entre ce qui est dit actuellement et ce qui a été abordé plus tôt. Ils ont également des fonctions de **transition** entre 2 tâches.

Dans le processus d'engagement, ils favorisent la **compréhension** et montrent qu'on a écouté avec attention, qu'on se souvient et qu'on donne de la **valeur** à ce qui a été dit.

- Informer et conseiller

Il y a des occasions dans l'EM où il est adapté de fournir de l'information ou des conseils, par exemple lorsque le client le demande.

Cela doit être fait selon la forme : **Demander – Fournir – Demander**.

Quelle que soit la proposition de l'intervenant, le client est toujours libre d'accepter ou non, d'en tenir compte ou non, de mettre en œuvre ou non.

Ce que l'EM n'est pas

L'EM et le modèle transthéorique du changement (MTC) ont souvent été confondus, en partie parce qu'ils ont été développés à la même époque. L'EM et le MTC sont compatibles et complémentaires.



- **Le modèle transthéorique du changement**

Au cours des années 1980, le modèle transthéorique du changement (MTC) avait été développé et avait gagné en influence (Prochaska et DiClemente, 1984). Les stades de changement du MTC, maintenant bien connus en psychothérapie (McConaughy, Prochaska, et Velicer, 1983), mettaient en valeur le besoin pour les cliniciens d'utiliser de façon souple des méthodes adaptées au niveau de disposition au changement actuel des clients.

La plupart des TCC sont conçues pour le stade de l'action, lorsque les clients sont prêts à changer, mais que faire pour les clients qui sont dans les étapes plus précoces de pré-contemplation, contemplation et préparation ?

L'EM est un outil clinique conçu précisément pour de tels clients « moins prêts ».

En fait, la motivation du client était clairement un processus dynamique réagissant à diverses influences interpersonnelles incluant les conseils, les feedbacks, la fixation d'un objectif, les contingences et les choix perçus parmi des options.

- **Intervention brève**

Une revue de 32 essais contrôlés a trouvé que les interventions brèves pour les consommateurs excessifs d'alcool sont plus efficaces que l'absence de traitement et souvent similaires aux interventions plus intensives (Bien, Miller et Tonigan, 1993).

Cette revue avait aussi désigné les 6 composantes d'une intervention brève efficace (cf. Miller et Sanchez, 1994), résumées sous l'acronyme **FRAMES** :

Feedback de la situation personnelle comparée aux normes

Responsabilité pour le changement personnel

Avis (conseil) pour changer

Menu d'options parmi lesquelles choisir

Empathie dans le style de l'intervenant

Soutien du sentiment d'efficacité personnelle

Discussions autour de l'EM

Ce qui avait débuté comme un intérêt concernant la motivation pour le traitement, s'élargissait sur la motivation au changement.

Il a également été appris de l'expérience et de la recherche que les gens pouvaient sortir d'une session de formation convaincus d'être maintenant (voire déjà) compétents en EM, alors que l'analyse de leurs pratiques racontait une tout autre histoire. En substance, il n'y a qu'une petite relation entre l'autoévaluation de la pratique de l'EM et les mesures objectives des savoir-faire basées sur la pratique observée. Globalement, cela conduit à des préoccupations sérieuses en ce qui concerne l'assurance de qualité.

Une rapide diffusion s'est opérée : cela permet le passage pour les applications en médecine générale, et particulièrement pour l'observance médicamenteuse et les changements comportementaux dans la prise en charge des maladies chroniques.

Tout cela suggère que la réponse du client à l'EM est significativement influencée par le clinicien et par les aspects contextuels dans lesquels est mené l'entretien, tous facteurs qui ne peuvent être standardisés en suivant un manuel. L'une des méta-analyses a montré que la taille moyenne de l'effet de l'EM était réduite de moitié lorsque l'intervention suivait un manuel (Hettinga et Al., 2005). L'une des études menée par Miller et al (2003) n'a montré aucune efficacité, et nous avons conclu d'une analyse rétrospective du processus que le manuel que nous utilisons était trop restrictif, empêchant ainsi les thérapeutes de réagir de façon appropriée à la réticence des clients.

Il est juste de dire que nous commençons seulement à comprendre quels aspects de la pratique de l'EM influencent le plus le devenir du client. Miller et Rose (2009) ont tiré la conclusion que, à la fois des facteurs de la relation thérapeutique et des compétences spécifiques pour faire émerger le discours-changement contribuent à l'efficacité de l'EM. Mais il est probable que des aspects encore non identifiés de cette pratique aient aussi leur importance. On ne sait pas encore bien non plus quel niveau de fidélité à l'EM est « suffisamment bon » pour favoriser le changement.

L'EM occupe une position intéressante dans la discussion en cours sur l'importance des facteurs « spécifiques » en psychothérapie, précisément du fait de l'importance supposée en EM des facteurs que l'on considère habituellement comme étant des facteurs « généraux ».

Par exemple la qualité de la relation thérapeutique a toujours été une préoccupation centrale en EM, avec l'empathie comme clé de voûte. Si les facteurs « non spécifiques » ou « communs » influencent de façon vraiment importante les résultats, ils devraient être mieux compris, mieux précisés et enseignés. C'est ce que Carl Rogers et ses étudiants essayaient de faire en posant des hypothèses et en mesurant les conditions essentielles pour le changement.

A travers un large éventail de problèmes cliniques, d'environnement et de culture il semble y avoir quelque chose dans cette « **façon d'être** » avec les personnes qui favorise un changement positif.

De même l'EM est censé influencer des facteurs du client associés à des résultats positifs comme l'espoir, le sentiment d'efficacité personnelle et l'engagement actif dans la relation.

L'EM tire ses racines du soin dû à ceux des membres de la société parmi les plus négligés et rejetés. Il semble aussi s'implanter dans les organisations qui ont pu avoir des liens trop forts avec un style directif autoritaire. A l'inverse, dans des contextes de soins plus humains, l'EM montre un contraste moins aigu. Une méta-analyse a montré que la taille de l'effet de l'EM était 2 fois plus important lorsque les bénéficiaires étaient, aux USA, issues des minorités que la majorité blanche (Hettema et al. 2005). Ces personnes ont sans doute une moindre expérience d'être écoutées de façon altruiste.

Des études prospectives psycholinguistiques répliquées maintes fois, ont montré que des formes particulières de langage du client durant les séances (discours-changement) prédisaient un changement de comportement plus important, aussi bien avec l'EM qu'avec d'autres thérapies. On pourrait facilement attribuer cela à des facteurs liés au client (par exemple que les clients « motivés » vont mieux) sauf que le discours-changement (et son opposé) est clairement lié au comportement du thérapeute dans les études de corrélation, les études séquentielles et les études expérimentales. Les thérapeutes peuvent apprendre à augmenter les discours-changement du client.

Une autre source de variation dans l'efficacité de l'EM est la nature du groupe traité. 3 études ont montré non seulement un effet nul mais des effets adverses de l'EM avec des clients qui étaient prêts au changement avant l'intervention. Les clients qui entrent dans le soin en étant prêt au changement n'ont pas de bénéfice à attendre de l'EM (ou tout du moins du processus d'évocation), puisque leur ambivalence semble déjà résolue.

Quelques recommandations pour les recherches à venir

Montrer que les cliniciens sont capables de mener de façon compétente un EM ne veut pas dire que c'est ce qu'ils font réellement en pratique.

Les systèmes de notation qui s'intéressent à la fois aux interventions du thérapeute et du client permettent de mener des analyses du processus autant que du résultat.

Le discours-changement peut apparaître dans toute forme de traitement et sa relation avec le devenir du client n'est pas réservée à l'EM.

La **souplesse** est au centre de la pratique de l'EM, permettant de réagir à chaque instant à ce que le client propose.

L'EM est avant tout un style clinique et pas l'application plus ou moins aménagée d'une formule.



Il n'y a pas de dose idéale prédéterminée de formation en EM. Les stagiaires ont des niveaux différents de savoir-faire initiaux et diffèrent aussi dans leur rapidité de développement des compétences. Il est assez raisonnable de les entraîner jusqu'à des niveaux d'aptitude fixés sur des critères plutôt que de partir du principe qu'un certain parcours de formation suffira (Martino et al. 2011).

L'engagement dans la relation (en utilisant la compétence et les quatre processus) peut se refléter chez le client par la mesure de son alliance thérapeutique et du maintien dans le traitement, et chez le clinicien par la mesure du temps de parole qui devrait être inférieur à 50% du temps total.



Annexe 2 : Courriel de contact des MSU

Bonjour Dr [nom],

Je me présente, je m'appelle Safia CHEKATT et je suis actuellement MG remplaçante.

Je me permets de vous demander si vous auriez une disponibilité à m'accorder pour un entretien dans le cadre de ma thèse portant sur *l'approche pédagogique des MSU libéraux de médecine générale sur le plan communicationnel avec leurs internes de SASPAS, en vue notamment d'un changement de comportement chez le patient.*

L'entretien se ferait en présentiel de préférence et dure environ 35 minutes. Je peux me déplacer à la fac ou à votre cabinet, selon votre disponibilité !

Merci d'avance, très bonne semaine à vous !

Safia





Annexe 3 : Guide d'entretien, version finale

Rappel du thème de la thèse :

Pédagogie – Enseignement – Relation MSU / Interne – Communication – Entretien motivationnel

Rappel du sujet de thèse :

L'enseignement en stage ambulatoire de l'entretien motivationnel :

Une étude qualitative auprès des MSU libéraux concernant leur approche pédagogique.

Introduction / présentation :

Bonjour, je m'appelle Safia, je suis médecin remplaçant et, dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse à la relation MSU / interne de SASPAS sur le plan de l'enseignement à la communication, plus particulièrement à la façon de réaliser l'entretien clinique en vue d'opérer un changement chez le patient dans les situations de médecine générale.

Je vais vous poser des questions assez ouvertes sur ce sujet-là, que vous pouvez à loisir agrémenter de vos anecdotes personnelles. Je tiens à vous assurer de l'anonymisation de tous les propos que je vais recueillir. Bien sûr, les retours sur votre expérience personnelle seraient grandement profitables et accueillis sans aucun jugement.

Je tiens tout d'abord à m'assurer de votre consentement concernant votre participation à l'entretien et l'enregistrement de celui-ci.

Brise-glace :

Âge

Médecin généraliste en ville / en campagne / en semi-rural

Depuis combien de temps ?

Accueille SASPAS, internes de niveau 1, externes

Depuis combien de temps ?

Avez-vous d'autres casquettes en plus de la médecine générale ?

Q1	Lorsque vous rencontrez votre SASPAS et que vous vous apprêtez à lui confier votre patientèle, quelles sont les pensées ou les interrogations qui vous traversent l'esprit quant à sa future communication avec elle ?
	- Sur le plan par exemple de la relation médecin-malade pour faire passer des messages médicaux ?
	- Sur sa façon de s'entretenir avec vos patients ?
	- Quels peuvent être les éléments en lien avec les différences qu'il peut y avoir dans les précédents stages de l'interne, notamment hospitaliers ?
	- Comment s'adaptent-ils à ces différences ? Sur le plan de leur nouvelle autonomie ? Leur manière de communiquer ?
	- Comment recueillez-vous ces informations ?

Q2	Quelles sont les qualités relationnelles/communicationnelles que vous chercheriez à mettre à mettre en évidence chez vos internes de SASPAS ?
	- En ce qui concerne la bonne communication avec les patients.
	- Relancer : y a-t-il d'autres qualités que vous jugez importantes ?
	- Lesquelles font parties de son bagage d'arrivée en SASPAS ?
	- Lesquelles se développent ou apparaissent en fin de stage ?

Q3	Lors des débriefings avec vos internes de SASPAS, comment arrivez-vous à percevoir/déceler ses facilités ou ses difficultés sur le plan communicationnel ?
	- De quels sujets vous font-ils part pendant le débriefing sur leur habileté relationnelle avec les patients ?
	- Que pouvez-vous me dire sur le débriefing de patients qui ne sont pas suivis par vous ?

Q4	Si l'on se place dans une consultation qui nécessite de motiver le patient à un changement de comportement, comment est abordé le sujet avec l'interne ? (à son initiative, dans la suite d'une situation concrète, à votre initiative).
	- Quelles techniques de communication abordez-vous avec l'interne ?
	- Comment abordez-vous l'entretien motivationnel ?
	- Comment ça se passe pour éveiller l'intérêt de l'interne à ces questions-là ? Éprouvez-vous des difficultés ? Ou bien est-ce initié par l'interne ?
- Disposez-vous d'autres éléments à enseigner pouvant servir à votre interne : techniques de communication ? infirmières ASALEE faisant l'éducation thérapeutique ?	

Q5	Quelle est votre approche pédagogique pour faire en sorte de mieux armer les SASPAS sur le plan communicationnel pour faire adhérer les patients à un projet de soins, à des messages préventifs, à des changements de comportement ?
	- Comment faites-vous pour guider l'interne à mieux appréhender le patient quand il s'agit de le faire changer de comportement ?
	- Par exemple, comment vous faites pour l'aider à repérer le niveau de motivation du patient ?
- Comment abordez-vous sa réaction face à la résistance du patient ? Quelle peut être sa réaction ? Qu'est-ce que vous préconisez à votre interne pour y faire face ? (gestion du temps, suivi, objectifs médicaux stricts, connaître le patient)	

Q6	Que pouvez-vous me dire concernant l'évolution des capacités communicationnelles de l'interne en vue d'un changement de comportement du patient au cours de son cursus ? Au cours de son stage de SASPAS ?
	- L'évolution de sa posture face au patient ?
	- L'évolution de sa relation avec le patient ?
	- Que pouvez-vous me dire au sujet de l'apport de ses formations ou séminaires dans cette évolution ?
- L'apport de son stage de SASPAS ?	
- Bonus : Que pensez-vous de la 4 ^e année d'internat de médecine générale sur le plan de la formation pratique ?	

Fin de l'entretien.

Nous arrivons à la fin de notre entretien. Avez-vous des choses que vous souhaiteriez ajouter sur tout ce que nous avons abordé ?

Merci beaucoup pour votre temps et votre participation, je me tiens bien sûr à votre disposition si vous souhaitez un retour sur les résultats de cette étude.

Annexe 4 : Formulaire d'information et de consentement

Identification du participant :

Une étude qualitative auprès des MSU libéraux concernant leur approche pédagogique sur le plan communicationnel avec leur interne de SASPAS

Par entretien individuel avec les MSU de Bourgogne-Franche-Comté accueillant des internes de SASPAS.

Merci de prendre connaissance des informations suivantes avant de poursuivre : par ma signature,

- Je prends connaissance que la participation à ces entretiens est basée sur le volontariat, avec la liberté de quitter l'étude à tout moment.
- Je prends connaissance de l'anonymisation de l'entièreté de l'entretien.
- Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
- Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle anonymisée de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou une publication.
- Je donne mon consentement à ma participation à l'étude.

Je confirme avoir lu et compris les informations ci-dessus et avoir eu la possibilité de poser des questions.

Date :

Signature du participant :







Bibliographie

1. Bismuth S, Stillmunkés A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain JC. Formation initiale à la relation médecin/patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. *Médecine*. 1 oct 2011;7(8):381-5.
2. Querbes V. Apport, intérêts et bénéfices d'une formation aux techniques relationnelles et de communication: enquête par questionnaire auto-administré auprès des médecins généralistes du Morbihan [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2015.
3. Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. *Exercer*. 2006;(76):31-2.
4. CNGE. DES de Médecine Générale [Internet]. [cité 12 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>
5. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 1982. oct 2000;51(7):1087-110.
6. Michael Balint. *Le Médecin, son malade et la maladie* [Internet]. Editions Payot; 1996 [cité 12 janv 2024]. (Bibliothèque scientifique Payot). Disponible sur: <https://www.payot-rivages.fr/payot/livre/le-m%C3%A9decin-son-malade-et-la-maladie-9782228890472>
7. Carl Rogers. *Psychothérapie et relations humaines* [Internet]. ESF Sciences humaines. ESF Sciences humaines; 2016 [cité 12 janv 2024]. (Art de la psychothérapie). Disponible sur: <https://www.esf-scienceshumaines.fr/sante-psy/234-psychotherapie-et-relations-humaines.html>
8. Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr-Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer*. 2013;24(108):165-9.
9. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. Vol. 312, *Bmj*. British Medical Journal Publishing Group; 1996.
10. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos*. 1981;6(2):101-24.
11. LEVY L. Comment faire un diagnostic de situation: L'approche systémique en médecine générale. *Rev Prat Médecine Générale*. 2004;(674-75):1482-6.
12. Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. *Manuel théorique de médecine générale: 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline*. Global Média Santé; 2015.
13. Bouaud J, Séroussi B. Médecine factuelle et recommandations de bonne pratique : une extension du modèle classique pour expliquer les décisions médicales non conformes. In: ICS, UMRS 872 I, équipe 20, éditeurs. 23es Journées Francophones d'Ingénierie des Connaissances (IC 2012) [Internet]. Paris, France; 2012 [cité 12 janv 2024]. p. 251-66. (IC 2012). Disponible sur: <https://hal.science/hal-00714749>
14. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract*. 1982;19(3):276.
15. Miller WR, Rollnick S. *L'entretien motivationnel-2e éd.: Aider la personne à engager le changement*. InterEditions; 2019.
16. Frost H, Campbell P, Maxwell M, O'Carroll RE, Dombrowski SU, Williams B, et al. Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS One*. 2018;13(10):e0204890.
17. 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*. juin 2016;65:36-42.

18. Alam Soly C. Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2013.
19. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addict Abingdon Engl.* mars 1993;88(3):315-35.
20. Miller WR, Sanchez VC. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: *Alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame, IN, US: University of Notre Dame Press; 1994. p. 55-81.
21. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé. [cité 14 janv 2024]. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arr-et-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
22. Hocry C. Etat des lieux de l'enseignement théorique de la Relation/Communication médecin-malade au cours du 3ème cycle de médecine générale dans les facultés en France en 2012-2013 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.
23. 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 25 juin 2023]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1921/>
24. Vidailiac M. Impact d'une formation à l'entretien motivationnel sur les pratiques des internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2014.
25. Richard C, Luissier MT. *La communication professionnelle en santé* 2e Edition. Edition du Renouveau Pédagogique Inc. (ERPI). Montréal (Québec, Canada); 2016. 828 p.
26. Lajzerowicz C, Vincent YM, Jung C. La supervision indirecte idéale d'après l'expérience des internes en stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé. *Pédagogie Médicale*. 1 févr 2018;19(1):27-35.
27. Fleury H. La formation à l'Entretien Motivationnel en 3ème cycle de Médecine Générale en Aquitaine: Comment les internes se l'approprient-ils? Étude qualitative par entretien semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2022.
28. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. enseignementsup-recherche.gouv.fr. [cité 12 janv 2024]. 4e année de formation pour les médecins généralistes : le Gouvernement concrétise son engagement pour une nouvelle maquette de formation. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/4e-annee-de-formation-pour-les-medecins-generalistes-le-gouvernement-concretise-son-engagement-pour-92013>
29. Lebeau J, Aubin L. *Initiation a la recherche qualitative en santé*. Global Média Santé. France; 2021. 192 p.
30. Kaufmann JC. *L'entretien compréhensif* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016. 128 p. (128; vol. 4e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-entretien-comprehensif--9782200613976.htm>
31. Taguette, le logiciel d'analyse de contenu qualitatif gratuit et libre [Internet]. [cité 15 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.taguette.org/fr/>
32. Dos Santos Nogueira E, Sivakumar B. Vécu et attentes des internes de médecine générale de la subdivision de Toulouse concernant le débriefing au cours du stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée : une approche qualitative [Internet] [exercice]. [France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2022 [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3941/>
33. César-Desforges H, Goudenhooff L. Vécu et attentes des Maîtres de Stage Universitaire d'Occitanie Ouest concernant le débriefing réalisé lors du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé [Internet] [exercice]. [France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2022 [cité

8 janv 2024]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/4257/>

34. Prunaux-Cazer A. Etat des lieux des stages ambulatoires (N1 et SASPAS) dans plusieurs villes de France à partir des données extraites de la base de données de GELULES® [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille; 2022 [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: https://pepitedepot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2022/2022ULILM119.pdf
35. Deschaume J. Difficultés rencontrées par les remplaçants en médecine générale après un an d'exercice: enquête auprès des étudiants inscrits en TCEM1 en 2004 à l'Université Paris 7 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2010.
36. Livanen Y. Appropriation de l'outil informatique dans la pratique quotidienne du médecin généraliste remplaçant [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2013.
37. Viellard M. Difficultés ressenties par les Internes de Médecine Générale lors de leurs premiers remplacements: intérêt du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2014 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2014_VIELLARD_MATTHIEU.pdf
38. Pruvost M. Retours d'expérience de maîtres de stage universitaires concernant la mise en pratique de la SODEV à l'aide d'un protocole national fourni pour les internes de SASPAS [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2022 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/e3578675-6b0c-4cea-8467-203c44a9c3d1>
39. Jongh N de, Audier P, Gomes J, Audier P, Roblot P, Migeot V. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale: enquête qualitative auprès de maîtres de stage [Internet]. France: Université de Poitiers; 2014 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/2f4434a1-c9d0-4aa2-8aca-0da66bc455b9>
40. Dumange L, Audier P, Gomes J, Audier P, Roblot P, Migeot V. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale: enquête qualitative sur l'hétéro-évaluation auprès d'internes [Internet]. France: Université de Poitiers; 2014 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/37eb309f-4af5-4d24-b4fb-3d5b401d97dd>
41. Pailhe É. Avantages et inconvénients de la supervision directe avec enregistrement vidéo pour la formation des internes de médecine générale à la communication: enquête qualitative auprès de maîtres de stage [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Joseph Fourier; 2012 [cité 10 mai 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00663266/document>
42. Herzmark G. Reactions of patients to video recording of consultations in general practice. Br Med J Clin Res Ed. 3 août 1985;291(6491):315-7.
43. Roua S. Utilisation de la vidéo dans la formation à la communication des internes de médecine générale en stage de niveau I chez le praticien: étude de faisabilité en Champagne Ardenne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.
44. Gernigon P. L'entretien d'explicitation comme outil de supervision indirecte chez les internes de médecine générale en stage ambulatoire [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2022.
45. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. Med Educ. mars 1996;30(2):83-9.
46. Veit A. Place des entretiens motivationnels dans les cabinets de médecine générale français en 2012 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg. Faculté de médecine; 2013.
47. Laurent A. Exploration des méthodes utilisées par les médecins généralistes lorrains pour

motiver leurs patients à modifier leurs comportements [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2014 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2014_LAURENT_ANAELLE.pdf

48. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 23 févr 2002;359(9307):650-6.

49. Dumot P, Lehr-Drylewicz AM. Impact d'un enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôle sur la compétence communication des étudiants en médecine: étude d'une cohorte prospective d'étudiants en médecine de diplôme de formation générale en sciences médicales 3 assistant aux enseignements dirigés de sciences humaines et sociales de la faculté de médecine de Tours [Internet]. France; 2017 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2017_Medecine_DumotPierre.pdf

50. Délos N. Évaluation des connaissances et des pratiques en entretien motivationnel, en médecine générale, dans le département du Morbihan: étude quantitative descriptive auprès de 19 médecins généralistes morbihannais en décembre 2015 [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016 [cité 14 janv 2024]. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/58623dcc-7a14-48cb-bcca-b82486e34775>

51. Laval M, Costa D. Evaluation de l'efficacité pédagogique du Diplôme Universitaire d'entretien motivationnel Guy Azoulaï. France: Université de Montpellier; 2016.

52. Hoarau J, Aulanier S. Comment les internes de médecine générale acquièrent les aptitudes nécessaires à l'expression et la prise en compte des préoccupations du patient ? [Internet]. France: Université de Caen. UFR de médecine; 2020 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02303319/document>

53. Claire Richard, Louise Drul. La santé communautaire : une autre politique du soin [Internet]. 369 éditions. 2023 [cité 14 sept 2023]. 81 p. (Manuels). Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/la-sante-communautaire-une-autre-politique-du-soin-9782490148134.html>

54. Lydenne S. Les soins des patients Heartsink en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2022 [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/16010816/2022MCEM15807/fichier/15807F.pdf>

55. Nguyen H. Incertitude en médecine générale: étude qualitative auprès des internes en stage ambulatoire de niveau 2 (SASPAS) [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2019.

56. Jay F, Sudre A. Impact de la présence d'un étudiant en SASPAS dans la relation entre un patient et son médecin généraliste dans le Haut-Rhin: thèse collective présentée pour le diplôme de docteur en médecine et soutenue publiquement le : lundi 5 septembre 2022, diplôme d'état, mention médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg; 2022 [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2022/2022_JAY_Florine.pdf

57. Dillenschneider E. Acceptation de la consultation par un interne en SASPAS: étude chez des patients du Béarn et de la Soule [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2022 [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03879858>

58. Brunel J, Taule A, Tanguy G. Pourquoi les patients acceptent ou refusent de consulter l' interne dans la cadre du SASPAS: étude qualitative réalisée dans les départements du Puy de Dôme et du Cantal en 2020 [Internet]. France: Université Clermont Auvergne. UFR de médecine; 2021 [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03219239/document>

59. Richard C, Lussier MT. Assertivité, professionnalisme et communication en santé. Première partie. *Distances Savoirs*. 1 sept 2019;(155):322-7.

60. Richard C, Lussier MT. Assertivité, Professionnalisme et communication en santé. Deuxième partie. Distances Savoirs. 17 nov 2019;(156):369-74.
61. De Chaunac C. 10 familles de situations au service de la supervision indirecte en SASPAS [Internet] [exercice]. [France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2020 [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3306/>
62. Marin E. Enseigner l'empathie en médecine ? : Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques [Thèse d'exercice]. [France]: Université Claude Bernard; 2011.
63. Teherani A, Hauer KE, O'Sullivan P. Can simulations measure empathy? Considerations on how to assess behavioral empathy via simulations. Patient Educ Couns. mai 2008;71(2):148-52.
64. Moniez T. Déterminer les éléments qui permettent aux internes en fin de SASPAS d'acquérir les compétences nécessaires à l'accompagnement des patient(e)s ayant une problématique avec l'alcool [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille; 2022 [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2022/2022ULILM359.pdf
65. Lajzerowicz C. Étude AquISI: le SASPAS en Aquitaine en 2016 [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2017 [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01568551>
66. Bastin S. Vécu des internes en SASPAS dans le Nord-Pas-de-Calais: les difficultés relationnelles rencontrées en consultation [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille; 2022 [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2022/2022ULILM047.pdf
67. Joseph K, Bansard M. Entre rétroactions pédagogiques, évaluations formatives et certificatives: quelle est la pratique effective des MSU de Normandie occidentale accueillant internes de médecine générale en stages ambulatoires ? [Internet]. France: Université de Caen Normandie. UFR Santé; 2021 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03162768/document>
68. Eon-Dehais P, Louveau V. Encadrement pédagogique des maîtres de stage des universités en médecine générale: entretiens semi-dirigés auprès de 19 médecins généralistes de la Faculté de médecine de Nantes [Internet]. France: Université de Nantes. UFR de médecine.; 2013 [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=27b7c719-93d9-4053-a49f-889a61556794>
69. Dvorak A, Thomas M, Van Cleef A, Hommey N, Senand R, Grall-Bronnec M, et al. Exploration de l'accompagnement au changement de comportement en santé des patients par les médecins généralistes et mise en parallèle avec l'entretien motivationnel: étude qualitative par entretiens semi-dirigés en Loire-Atlantique [Internet]. France: Université de Nantes. UFR de médecine.; 2019 [cité 14 janv 2024]. Disponible sur: <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=58dff5e5-e7ba-4204-bf02-f635843c7e1c>



Plan détaillé

I. Introduction.....	21
1. Les bases de l'approche par compétences en médecine générale, notamment en communication	21
2. Le diagnostic de situation	23
3. Le modèle transthéorique du changement	23
4. Le concept d'entretien motivationnel	24
5. Enseigner l'EM sur le terrain.....	25
6. Objectif de recherche.....	27
II. Matériel et Méthodes	29
1. Type d'étude.....	29
2. Population.....	29
3. Recueil des données	30
4. Analyse des données	31
5. Aspects éthiques et réglementation.....	31
III. Résultats	33
1. Données quantitatives	33
A. Caractéristiques des entretiens.....	33
B. Caractéristiques de l'échantillon.....	33
2. Données qualitatives	34
A. Le SASPAS au préalable	34
a. Compétences et qualités préalables	34
i. Méthodes d'exploration.....	34
ii. Compétences médicales et posture.....	34
iii. Qualités relationnelles et communicationnelles	35
iv. Le frein de l'anxiété de l'interne	36
b. Mise en place d'objectifs de progression génériques.....	36
i. Développer des qualités communicationnelles et relationnelles	37
ii. Maîtrise de l'environnement et travail en équipe / de coordination	37
iii. Suivi et prise en charge du patient dans sa globalité.....	38
iv. Réflexivité	39
B. Le développement de la relation MSU / interne de SASPAS	39
a. Apprendre à connaître l'interne de SASPAS et son parcours	40
i. L'interne en particulier	40
ii. Le parcours universitaire de l'interne	40
iii. Le parcours hospitalier de l'interne	41
iv. L'adaptation à la médecine ambulatoire	42
b. Réflexivité sur sa maîtrise de stage	43
i. Les rôles du MSU	43
ii. Réflexivité du MSU	44

iii.	Les conditions du terrain de stage	45
c.	Développer un espace de communication bienveillant	46
C.	L'approche pédagogique du changement de comportement chez le patient	47
a.	Le rôle des particularités du SASPAS.....	47
b.	La supervision indirecte	48
i.	Comment évaluer la communication ?.....	48
ii.	Comment aborder le changement de comportement du patient ?.....	50
c.	La question spécifique de l'entretien motivationnel.....	51
D.	Modélisation du fonctionnement, au cours du SASPAS, d'une situation pédagogique autour du changement de comportement du patient, du point de vue du MSU.....	54
IV.	Discussion	55
1.	Forces et faiblesses de l'étude	55
A.	Originalité et complémentarité.....	55
B.	Concernant la méthodologie	55
C.	Concernant l'échantillonnage	55
D.	Concernant le recueil et l'analyse des données	56
2.	Discussion des résultats.....	57
A.	Modélisation combinée du fonctionnement, au cours du SASPAS, d'une situation pédagogique autour du changement de comportement du patient.....	57
B.	Impact des conditions de stage sur le transfert d'apprentissage.....	58
C.	Priorité initiale des internes aux compétences médicales et organisationnelles	58
D.	Supervision directe, indirecte et SODEV	59
E.	Formation à l'EM ou pratique empirique ?.....	59
F.	Face au patient résistant.....	60
G.	Impact et rôle des MSU pour le transfert d'apprentissage	61
H.	Le cas de la transmission de l'EM.....	62
V.	Conclusion	65
Annexes	67	
Annexe 1 :	Rappel : l'Entretien Motivationnel.....	67
Annexe 2 :	Courriel de contact des MSU.....	75
Annexe 3 :	Guide d'entretien, version finale	77
Annexe 4 :	Formulaire d'information et de consentement	79
Annexe 5 :	Attestation de conformité interne – RGPD.....	81
Bibliographie	83	
Plan détaillé	89	
Imprimatur du directeur de l'UFR	91	
Résumé	93	



Résumé

Nom – Prénom : **CHEKATT Safia**

Thèse soutenue le : **20 juin 2024**

Titre de la thèse : **Le transfert d'apprentissage en médecine générale au sein du couple maître de stage universitaire (MSU) / interne de SASPAS autour du changement de comportement du patient : étude qualitative auprès des maîtres de stages universitaires en Franche-Comté**

Résumé :

Contexte : Une communication efficace est essentielle au développement d'une relation médecin-patient de qualité. Des données de la littérature indiquent que l'entretien motivationnel permet d'avoir un effet significatif sur le changement de comportement des patients. Ce support de communication a progressivement émergé dans les universités de médecine pour être enseigné en complément des enseignements de communication. Le stage de SASPAS se prête au développement des compétences relation médecin-patient, suivi et coordination des soins. Il pourrait être un terrain de choix pour compléter la formation à l'entretien motivationnel.

Objectif : L'objectif principal de cette étude est l'exploration de façon qualitative du transfert d'apprentissage au sein du couple MSU/interne de SASPAS, lors de la supervision indirecte, du point de vue de chacun, autour du thème plus global du changement de comportement du patient.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des deux populations cibles principalement en Franche-Comté, recrutement par échantillonnage théorique incluant 14 internes ayant effectué un SASPAS et 13 MSU accueillant des SASPAS, suivant un principe d'itération.

Analyse ouverte, axiale et sélective, inspirée de la théorisation ancrée avec double codage et triangulation aboutissant à la construction d'un modèle explicatif réalisé conjointement.

Résultats : En début de stage, les internes priorisent les dimensions organisationnelles et administratives du cabinet, la mise en pratique de compétences médicales acquises et le détachement des habitudes hospitalières. Les MSU priorisent la gestion de l'anxiété et la mise en place d'une relation de confiance. La disponibilité du MSU et la réassurance de l'interne jouent un rôle important. L'objectif du stage est le développement de la réflexivité et de l'assertivité professionnelle sur un modèle de compagnonnage. L'utilisation des principes de l'entretien motivationnel fait majoritairement l'objet d'une application empirique.

Discussion et conclusion : La force de ce travail réside dans son intérêt pédagogique et sa réalisation parallèle auprès des deux populations cibles. Il peut exister des biais de désirabilité et de sélection.

Le transfert d'apprentissage en supervision indirecte est permis lors du débriefing, dont la qualité est dépendante des conditions de réalisation et dont la perspective d'amélioration pose la question de sa standardisation et des moyens pédagogiques à disposition.

Mots clés : Entretien motivationnel, SASPAS, MSU, Pédagogie, Supervision indirecte, Communication