

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2013

N°26

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR

Annabelle HAMM, épouse VEIT

Née le 12 mars 1984 à Strasbourg

PLACE DES ENTRETIENS MOTIVATIONNELS DANS LES CABINETS DE
MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCAIS EN 2012

Président de Thèse : Pierre VIDAILHET, Professeur

Directeur de Thèse : Claude BRONNER, Docteur



Président de l'Université (21.06.07) M. BERETZ Alain
 Doyen de la Faculté (8.02.11-7.02.16) M. SIBILIA Jean
 Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11) M. GOICHOT Bernard
 Doyens honoraires : (1976-1983) M. DORNER Marc
 (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
 (1989-1994) M. VINCENDON Guy
 (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
 (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
 Chef des Services Administratifs M. VICENTE Gilbert



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE JUNIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

Néant

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ANDRES Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de chirurgie hépatobiliaire, pancréatique et transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques	NRPô CS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
BAUMERT Thomas	NRPô NCS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil - NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option hépatologie
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service d'imagerie vasculaire diagnostique et interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil et Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BELLOCOQ Jean-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
BERGERAT Jean-Pierre	NRPô CS	• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
BERTHEL Marc (2) (7)	S/nb Cons	• Pôle de Gériatrie de l'Hôpital de La Robertsau - Service de soins de Longue Durée et d'Hébergement Gériatrique / Hôpital de La Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BERTSCHY Gilles	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BILBAULT Pascal	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des urgences médico-chirurgicales / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLICKLÉ Jean-Frédéric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED)CS - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
Mme BOEHM-BURGER Nelly	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie-Hygiène-COREVI - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme BOURGARIT ép. DURAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne, endocrinologie et nutrition / HP	53.01 Médecine Interne
BOURGIN Patrice	NRPô NCS	• Pôle tête et cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
BOUSQUET Pascal	NRPô NCS	• Pôle de pharmacie-pharmacologie - Institut de Pharmacologie / Faculté de Médecine	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BURSZTEJN Claude	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04	Pédopsychiatrie
CANDOLFI Ermanno	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
CANTINEAU Alain	RPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et de Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CAZENAVE Jean-Pierre	Dir/NCS	- Etablissement Français du Sang - Alsace / EFS	47.01	Hématologie (option biologique)
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle tête-cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CHRISTMANN Daniel	NRPô CS CSp	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et des Maladies infectieuses et tropicales/ Nouvel Hôpital Civil - Laboratoire d'Hygiène hospitalière / PTM HUS	45.03	Option : Maladies infectieuses
CLAVERT Jean-Michel	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
Pr CLAVERT Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne	RPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04	Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
DEBRY Christian	NRPô CS	• Pôle tête-cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme	NRPô NCS	• Pôle tête et cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DIEMUNSCH Pierre	NRPô CS	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
DIETEMANN Jean-Louis	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service de Neuroradiologie, d'imagerie ostéo-articulaire et interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
DOFFOEL Michel	RPô CS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard	NRPô CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick	Dir.	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02	Option : Cancérologie clinique
DUPEYRON Jean Pierre (5) (9)	S/nb Cons	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
DURAND Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et explorations fonctionnelles in vivo / NHC et HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FISCHBACH Michel	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVIH et Trait d'Union - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GAY Gérard	NRPô NCS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépato-Gastro-entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GENTINE André (1) (8)	S/nb Cons	• Pôle tête-cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne, endocrinologie et nutrition / HP	53.01	Médecine Interne
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
GRUCKER Daniel	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
GUT Jean-Pierre (1)	S/nb	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Option : Bactériologie- virologie (biologique)
HANNEDOUCHE Thierry	NRPô CS	• Pôle de Néphrologie-Urologie-Diabétologie-Endocrinologie (NUDE) - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
HASSELMANN Michel	NRPô CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
HERBRECHT Raoul	RPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle tête-cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
JACQMIN Didier	NRPô CS	• Pôle de Néphrologie-Urologie-Diabétologie-Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de diabète et des maladies métaboliques - Médicale B / Hôpital Civil	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc	NRPô CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01	Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Hôpital de La Robertsau - Service de Gériatrie Médecine Interne / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEHRLI Pierre	NRPô CS	• Pôle tête-cou - CETD - Service de Neurochirurgie / Hôpital Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
KEMPF Jean-François	RPô CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de Diabète et des Maladies métaboliques - Médicale B / Hôpital Civil	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KOENIG Michel	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
KOPFERSCHMITT Jacques	NRPô CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
KRETZ Jean Georges	RPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KURTZ Jean-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LANGER Bruno	NRPô NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
LAUGEL Vincent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LUDES Bertrand	RPô CS	• Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté	46.03	Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
LUTZ Patrick	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 3 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
MANDEL Jean-Louis (cf. A1)	NRPô CS	• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MANGIN Patrice (3)	NCS	<i>(en détachement à Lausanne / Suisse du 01.09.96 au 31.08.10)</i> - Institut (Laboratoire) de Médecine Légale et d'Analyses Toxicologiques / Faculté	46.03	Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
MARESCAUX Christian	NRPô NCS	• Pôle tête-cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARESCAUX Jacques	NRPô CS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
MARK Manuel	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole	NRPô NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Unité de Sénologie / Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'onco-hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de santé publique et santé au travail - Laboratoire de biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô NCS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô NCS	• Pôle de pharmacie-pharmacologie • Institut de Pharmacologie / Faculté de Médecine	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno	NRPô CS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MULLER André	NRPô CS	• Pôle tête et cou - CETD - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique
MUTTER Didier	NRPô NCS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël	RPô NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
NOEL Georges	NCS CDp	• Centre Régional de lutte contre le cancer Paul Strauss (par convention) - Service de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
OUDET Pierre (5) (9)	S/nb Cons	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
PASQUALI Jean-Louis	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
PESSAUX Patrick	NRPô NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry	CDp	• Centre Régional de Lutte contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Cancérologie Clinique
PINGET Michel	RPô CS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de diabète et des maladies métaboliques - Médicale B / Hôpital Civil	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
POURQUIÉ Olivier (3) (Détachement D.R.)	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biochimie et de biologie moléculaire / HP - Institut de Génétique Biologique Moléculaire et Cellulaire	44.03	Biologie cellulaire
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne, endocrinologie et nutrition / HP	44.04	Nutrition
POTTECHER Thierry (2) (7)	S/nb Cons	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / HP	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme QUOIX Elisabeth	RPô CS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
Pr RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
ROUL Gérald	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie viscérale et urgences / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANDNER Guy	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
SAUDER Philippe	NRPô NCS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUSSINE Christian	NRPô NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis	RPô CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle tête-cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SIBILIA Jean	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick	NRPô CS	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul	NRPô CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de l'Hypertension, des Maladies vasculaires et Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
Mme STOLL-KELLER Françoise	NRPô CS	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Option : Bactériologie-virologie (option biologique)
THAVEAU Fabien	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	RPô CS	• Pôle tête et cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VAUTRAVERS Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Institut Universitaire de Rééducation Clemenceau / IURC	49.05	Médecine physique et de réadaptation
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie diagnostique et interventionnelle viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de santé publique et santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne A / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WIHLM Jean Marie	NRPô CS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme WILK Astrid (2) (7)	S/nb Cons	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et réparatrice / HC	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HUS	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL Renée	NRPô NCS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01	Anatomie (option biologique)

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2014

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2013

(2) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2015

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2013

(3) En détachement jusqu'au 31.08.2013

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2013

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2013

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE SUR CONTINGENT NATIONAL

NEANT

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud		• Pôle de biologie - Laboratoire d'Explorations fonctionnelles par les isotopes/Nouvel Hôpital Civil	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Dr ALEIL Boris		• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de l'Hypertension, des Maladies vasculaires et Pharmacologie clinique/ Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
Mme la Dre ANTAL Maria Cristina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / Hautepierre	42.02	Cytologie et histologie (Option biologique)
Dr BARRIERE Philippe		• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et réparatrice / HC	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Mme BARTH Heidi		• Pôle de Biologie - Laboratoire de virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
BARUTHIO Joseph		• Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC • Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme la Dre BEAU-FALLER Michèle		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
BIANCALANA épouse BRUCK-MANN Valérie		• Pôle de biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Dr BIERRY Guillaume		• Pôle d'imagerie - Service de Neuroradiologie, d'imagerie ostéo-articulaire et interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme BILLING-WOLF Michèle		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme la Dre BROESSEL Nathalie		• Pôle de santé publique et de santé au travail - Service de Pathologie et de Médecine du travail - HC	46.02	Médecine et Santé au Travail (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
Dr CHARLES Yann-Philippe		• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHOQUET Philippe		• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Dr COLLANGE Olivier		• Pôle de l'appareil locomoteur Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
DELAUNOY Jean Pierre (départ retraite le 09.11.12)		• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Dre de MARTINO Sylvie		• Pôle de biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie -virologie Option bactériologie-virologie biologique
Dr DEVYS Didier		• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Dre DI MARCO Paola		• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Dr DOLLÉ Pascal		• Pôle de biologie -Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre DORAY Bérénice		• Pôle de biologie - Service de Génétique médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (option génétique)
Dr DOUTRELEAU Stéphane		• Institut de Physiologie Appliquée / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologique thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme la Dre ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme la Dre FAFI-KREMER Samira		• Pôle de biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Dr FILISETTI Denis		• Pôle de biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme la Dre FLORI Elisabeth	CS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Cytogénétique / Hôpital Hautepierre	47.04	Génétique (option biologique)
Dr FOUCHER Jack		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
Mme GAUB Marie-Pierre		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Dr GOETZ Christian		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et explorations fonctionnelles in vivo / NHC et HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
GOUNOT Daniel		• Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
GUERIN Eric		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Dr HUBELE Fabrice		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP 	43.01	Biophysique et médecine nucléaire (type mixte : biologique)
Dre JACAMON-FARRUGIA Audrey		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine 	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEHL François		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté 	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil 	47.04	Génétique (option Biologique)
Mme KEMMEL Véronique		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre KORGANOW Anne-Sophie	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC 	47.03	Immunologie (option clinique)
Dre KOSCINSKI Isabelle		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biologie de la reproduction / CMCO Schiltigheim 	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; option biologique
KREMER Stéphane		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'imagerie - Service de Neuroradiologie, imagerie ostéo-articulaire et interventionnelle/HP 	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Dre LACREUSE Isabelle		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre 	54.02	Chirurgie infantile
Mme LAMOUR Valérie		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre LANNES Béatrice		<ul style="list-style-type: none"> • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre 	42.02	Cytologie et Histologie (option biologique)
Dr LAVAUX Thomas		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Dr LAVIGNE Thierry		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Laboratoire d'Hygiène hospitalière / PTM HUS 	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Dr LE MINOR Jean-Marie		<ul style="list-style-type: none"> • Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle d'Odontologie - Service de Radiologie / Centre de soins dentaires 	42.01	Anatomie (option clinique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine 	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme la Dre LONSDORFER-WOLF Evelyne		<ul style="list-style-type: none"> • Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC 	44.02	Physiologie
Dr LUTZ Jean-Christophe		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil 	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre 	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Dr MOREAU François		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de diabète et des maladies métaboliques - Médicale B / Hôpital Civil 	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim 	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil 	47.04	Génétique (option biologique)
Dr OBERLING Philippe		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / HC 	44.02	Physiologie (option clinique)
Dr PENCREAC'H Erwan		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / Nouvel Hôpital Civil 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Dr PETER Jean-Daniel		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Département d'Anesthésiologie / Nouvel Hôpital Civil 	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
PFAFF Alexander		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS 	45.02	Parasitologie et mycologie
PIQUARD François		<ul style="list-style-type: none"> • Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC 	44.02	Physiologie (option biologique)
POULET Patrick		<ul style="list-style-type: none"> • Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC 	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
PREVOST Gilles		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté 	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme la Dre RADOSAVLJEVIC Mirjana		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil 	47.03	Immunologie (option biologique)
RIEGEL Philippe		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté 	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Dr ROGUE Patrick (cf. A2)		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ROUSSEL Guy	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC 		44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme SAMAMA Brigitte	<ul style="list-style-type: none"> • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine 		42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
Dr SAULEAU Erik-André	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de santé publique et santé au travail - Laboratoire de biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC 		46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SCHAEFER Adrien	<ul style="list-style-type: none"> • Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC 		44.02 Physiologie (option biologique)
Mme la Dre SCHAEFFER Christiane	<ul style="list-style-type: none"> • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre 		42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
SCHEFTEL Jean-Michel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté 		45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SCHMITT Fabienne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC 		44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme SCHMITT Marie-Paule	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / PTM HUS et Faculté 		45.01 Option : Bactériologie- virologie (biologique)
Dre SORDET Christelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre 		50.01 Rhumatologie
Dr TALHA Samy	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC 		44.02 Physiologie (option clinique)
Dr TELETIN Marius	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim 		54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Dr TRACQUI Antoine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine 		46.03 Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
Mme la Dre URING-LAMBERT Béatrice	<ul style="list-style-type: none"> • Institut d'Immunologie / HC • Pôle de biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil 		47.03 Immunologie (option biologique)
Dr VALLAT Laurent	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil 		47.03 Immunologie (option biologique)
Mme VAXMAN Martine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine 		42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
Mme la Dre VILLARD Odile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac 		45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Dr WALLER Jocelyn	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac 		45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
ZOLL Joffrey	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC 		44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEUR DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

BURGUN Jean-Claude	Centre de Neurochimie - 5, rue Blaise Pascal - Strasbourg	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
DANSE Jean-Marc	Institut de Chimie Biologique / Faculté de Médecine	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
HANAUER André	Institut de Chimie Biologique / Faculté de Médecine	37.03	Génétique (Groupe X section hors médecine)
NORMAND Guy	Institut de Chimie Biologique - Centre de Neurochimie	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
Mme RASMUSSEN Anne	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES (mi-temps)**

Pr Ass. KOPP Michel Médecine Générale (depuis le 1.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2013)
Pr Ass. LEVEQUE Michel Médecine générale (depuis le 1.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2015)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE (mi-temps)

Dr JUNG Catherine Médecine générale (1.09.2008 au 31.08.2011 / 31.08.2014)
Dr GRIES Jean-Luc Médecine générale (1.09.2011 au 31.08.2014)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICES NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et de Réanimation néonatale / Hôpital de Hautepierre
Dr DESPREZ Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr FAVRE Romain	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Mme Dre FLESCHE Françoise	NRPô CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biologie générale et spécialisée / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	NRPô CS	• Pôle de Santé Publique et santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô NCS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVIH - "Le trait d'union" - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Dr VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie de l'Hôpital de la Robertsau - Service Gériatrie - Soins de suite et réadaptation

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie (membres de l'Institut)**
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
KARLI Pierre (Neurophysiologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2010 au 31 août 2013)**
MAITRE Michel (Biochimie et Biol. molécul.)
MEYER Christian (Chirurgie générale)
VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique)
- o **pour trois ans (1er septembre 2011 au 31 août 2014)**
JAECK Daniel (Chirurgie générale)
SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine interne)
- o **pour trois ans (1er septembre 2012 au 31 août 2015)**
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie)
PATRIS Michel (Psychiatrie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UdS (2011-2012)

Dr DELVAUX Michel Hépato-gastro-entérologie (2011-2012)
Dre GRAS-VINCENDON Agnès Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (2010-2011 / 2011-2012)
Dr LECOQ Jehan Médecine physique et de réadaptation (2011-2012)
Dr PELACCIA Thierry Anesthésie - réanimation (2010-2011 / 2011-2012)
Dr RODIER Jean-François Chirurgie Oncologique - Centre Anticancéreux P. Strauss (2009-10/2010-11/2011-12)
Dr ROHMER Jean-Georges Psychiatrie (2009-2010 / 2010-2011 / 2011-2012)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BIENTZ Michel (Santé publique) / 01.09.04	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	LESSARD Michel (Hématologie biologique) / 01.09.07
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BRINI Alfred (Ophtalmologie) / 01.10.89	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MAITROT Daniel (Neurochirurgie) / 01.09.2011
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
CANGUILHEM Bernard (Physiologie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CHAMBRON Jacques (Biophysique) / 01.10.99	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUMONT André (Médecine légale) / 01.10.93	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.96
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	OTTENI Jean-Claude (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.03
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	RITTER Jean (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.02
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
GAUTHIER-LAFAYE Pierre (Anesthésiologie-Réa.chir.) / 01.10.87	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
JAEGER Albert (Réanimation médicale) / 01.09.12	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JUIF Jean-Georges (Pédiatrie) / 01.10.92	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WEILL Jean-Pierre (Gastro-entérologie) / 01.10.93
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KIEN Truong Thai (Parasitologie) / 01.09.03	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLES DE LA SECTION MÉDECINE ET DU DEPARTEMENT DE SANTE DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITE DE STRASBOURG

M. Yann MARCHAND, Conservateur en chef, responsable du Département Santé (1^{er} septembre 2011)
Mme Marion BERNARD, Conservateur, responsable de la Bibliothèque de Médecine (1^{er} juillet 2011)

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES

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

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 resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Au Président de Thèse

Monsieur le Professeur Pierre VIDAILHET

Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse.

Veillez recevoir mes plus vifs remerciements et l'expression de mon plus profond respect.

Aux membres du Jury

Madame le Professeur Elisabeth QUOIX

Je suis très honorée que vous ayez accepté de siéger dans le jury de cette thèse.

Je garde en mémoire les trois mois de stage passés dans votre service pendant mon externat.

Je souhaite vivement que ma pratique reste imprégnée de votre humanité et de votre engagement.

Veillez recevoir ici l'expression de ma plus grande estime et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Patrick OHLMANN

Avec gentillesse, vous avez accepté d'estimer ce travail.

Veillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

Monsieur le Professeur Michel PINGET

Vous m'honorez en évaluant ce travail.

Veillez trouver l'expression de mes remerciements sincères et respectueux.

Au directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Claude BRONNER

Vous avez été à l'initiative de ce travail en me faisant découvrir les Entretiens Motivationnels. Quelle meilleure formation à ces techniques que le temps passé à vos côtés ? Votre savoir, vos conseils et votre disponibilité ont permis de mener à bien cette thèse.

Merci pour tout ce que vous m'avez transmis.

À Monsieur le Docteur Erik-André SAULEAU

Les résultats de ce travail ont été grandement éclairés par vos savants calculs.

Merci pour votre gentillesse et votre grande disponibilité.

À l'ensemble des Médecins Généralistes de toute la France.

Un grand merci d'avoir pris le temps de répondre à mon enquête.

Vos nombreux messages d'encouragement ont porté leurs fruits.

À Monsieur le Docteur Guy AZOULAI

Je n'ai pas eu la chance de bénéficier de son précieux enseignement en Entretien Motivationnel, il nous a malheureusement quitté trop tôt. À travers les nombreux hommages qui lui ont été rendus par le biais de mon enquête, j'ai pu me rendre compte qu'il était un partenaire professionnel de très grande qualité.

À Messieurs les Docteurs Nicolas CARTIER et Luc KISTLER

Faire mes premiers remplacements à vos côtés, dans une ambiance confraternelle et bienveillante, a été déterminant dans mes choix professionnels à venir.

Je souhaite que ce ne soit que le début d'un long partenariat entre nous.

À Loulou

"Honey you are a rock upon which I stand", c'est vrai depuis le jour où je t'ai rencontré et ça l'a été encore davantage durant toute la rédaction de cette thèse. Je te la dédie. Toutes ces pages t'appartiennent. Merci pour ton aide inestimable. Ton courage, ton optimisme, ta ténacité m'impressionnent (il paraît que tu en as pour deux!).

Il me faudrait écrire une nouvelle thèse pour tenter de te dire tout l'Amour que j'ai pour toi. Laisse-moi simplement continuer de te le montrer chaque jour.

À Louis

Mon petit garçon, mon Trésor, depuis bientôt un an, tes sourires et tes yeux qui pétillent m'inondent de bonheur.

Tu ressembles déjà tellement à ton Papa, curieux, téméraire et si malin. Ton aide a aussi beaucoup compté pour ce travail, d'abord rythmé par tes coups de pieds, puis par tes siestes. Les pauses "goûter"; "jeux", "promenade" que tu m'imposais étaient salvatrices.

J'espère réussir à garder du temps pour tous ces précieux moments passés avec toi. Ne grandis pas trop vite. Je t'aime.

À mes parents

Ma douce Maman, mon Papa ours (acteur à ses heures perdues...), vous m'avez enseigné la rigueur, la persévérance, et la patience. Il m'en aura fallu pour boucler ces (trop) longues études de médecine.

Merci de m'avoir épaulée (parfois subie, fichu caractère) toutes ces années. Merci d'être toujours là, car si je suis désormais épouse, maman et médecin, je reste votre petite fille.

Je vous dis ici tout mon Amour, toute ma tendresse et toute mon affection.

À mes soeurs

Marcelline et Valentine, pour vos qualités propres à chacune et votre soutien (de près ou de loin, parfois de très loin), merci.

Je souhaite que nous réussissions à préserver notre complicité intacte.

À Elliott

J'aimerais tant te voir plus souvent petit Bonhomme. Toi non plus ne grandis pas trop vite.

À mes Amis

Pour nos soirées, sorties, vacances qui ont rythmé ces dix dernières années, pour nos longues discussions médicales (ou non...mais toujours enrichissantes), merci.

À tous les patients dont j'ai croisé la route et qui m'ont permis d'avancer.

AVERTISSEMENT

Un support numérique est joint afin de lire la version de la thèse enrichie de ses nombreuses annexes. Tous les commentaires libres des médecins interrogés y figurent, classés par thèmes, ainsi que la vidéo qui a servi de support à notre enquête. Nous avons réalisé une deuxième version de cette vidéo, en tenant compte des appréciations de nos confrères. Elle peut être également consultée via ce CD-Rom.

Table des matières

1	Introduction	23
2	Généralités sur l'Entretien Motivationnel	25
2.1	Origine et diffusion	25
2.2	Définition	26
2.3	Concepts théoriques	29
2.3.1	Les stades de changement	29
2.3.2	La balance décisionnelle	31
2.4	Principes généraux	32
2.4.1	Écouter avec empathie	32
2.4.2	Explorer et comprendre les motivations du patient	33
2.4.3	Éviter le réflexe correcteur	34
2.4.4	Encourager le patient	34
2.5	L'Entretien Motivationnel en pratique	34
2.5.1	Les questions ouvertes	35
2.5.2	Le reflet	35
2.5.3	La valorisation	37

2.5.4	Le résumé	37
3	Intérêts et limites des Entretiens Motivationnels en cabinet de médecine générale	38
3.1	Études d'efficacité	39
3.1.1	Entretien Motivationnel et obésité	39
3.1.2	Entretien Motivationnel et hypertension artérielle	39
3.1.3	Entretien Motivationnel et diabète	40
3.1.4	Entretien Motivationnel et tabac	40
3.1.5	Entretien Motivationnel et patient coronarien	41
3.2	Limites	42
3.2.1	Frein lié au patient	42
3.2.2	Freins liés au médecin	42
4	Bilan du mémoire de DES	43
4.1	Les principaux résultats de l'enquête de 2011	44
4.1.1	Utilisation des Entretiens Motivationnels chez les généralistes alsaciens	44
4.1.2	Moyens de diffusion et de formation aux Entretiens Motivationnels . .	46
4.1.3	Biais de recrutement	47

4.2	Les perspectives pour l'enquête de 2012	48
5	Matériel et méthode	49
5.1	Déroulement de l'enquête	50
5.2	Élaboration de la vidéo	51
5.3	Exploitation des données	52
6	Résultats	54
6.1	Recueil des réponses	54
6.2	Profil de la population étudiée	55
6.2.1	Répartition hommes-femmes	55
6.2.2	Région d'exercice	56
6.2.3	Faculté de formation	57
6.2.4	Année d'obtention du doctorat en Médecine Générale	59
6.3	Connaissance des Entretiens Motivationnels	61
6.3.1	Vue d'ensemble	61
6.3.2	Principaux moyens de diffusion	62
6.3.3	Qui connaît les Entretiens Motivationnels?	63
6.4	Utilisation des Entretiens Motivationnels	65

6.4.1	Pratique globale	65
6.4.2	Pratique spécifique de chacune des trois principales techniques	67
6.4.3	Utilisation inconsciente des Entretiens Motivationnels	68
6.4.4	Principaux domaines d'application	69
6.4.5	Qui utilise les Entretiens Motivationnels ?	70
6.5	Formation aux Entretiens Motivationnels	74
6.5.1	Principaux moyens de formation	74
6.5.2	Efficacité des différents moyens de formation	75
6.5.3	Rôle de la faculté de médecine	76
7	Discussion	76
7.1	Taux de réponses	76
7.2	Population	78
7.2.1	Âge et sexe	78
7.2.2	Région d'exercice	78
7.2.3	Faculté de formation	79
7.3	Diffusion des Entretiens Motivationnels	79
7.3.1	Vue d'ensemble	79

7.3.2	Découverte des Entretiens Motivationnels	80
7.3.3	On approuve ou non	81
7.4	Emploi des Entretiens Motivationnels en cabinet de médecine générale	82
7.4.1	Niveau de pratique	82
7.4.2	Domaines d'application	84
7.5	Lien entre connaissance et pratique	85
7.6	Lien entre formation et pratique	88
7.6.1	Une formation est-elle indispensable ?	88
7.6.2	Rôle des universités dans cette formation	90
7.7	Principaux freins aux Entretiens Motivationnels en pratique courante de mé- decine générale	93
7.7.1	Le manque de temps et de reconnaissance	93
7.7.2	Le manque de formation	95
7.7.3	L'inadéquation avec l'attente de certains patients	95
7.7.4	Le maintien des habitudes	96
8	Conclusions	96
	Références	101

A	Questionnaire	105
B	Courriel	107
C	Résultats	109
C.1	Région d'exercice	109
C.2	Tableau croisé connaissance des Entretiens Motivationnels / région d'exercice	110
C.3	Tableau croisé connaissance des Entretiens Motivationnels / faculté de formation	113
C.4	Pratique inconsciente des Entretiens Motivationnels	118
C.5	Rôle de l'université dans la formation aux Entretiens Motivationnels	120

1 Introduction

L'éducation à la santé tient une place de plus en plus importante dans notre société actuelle. En témoignent les nombreux messages de prévention qui ne cessent de prendre de l'ampleur dans le champ médiatique. Ces interventions incitent la population à vouloir rester en bonne santé, et à savoir comment y parvenir. Le médecin de famille détient les clés visant à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents pouvant survenir. Par sa proximité et sa disponibilité, il représente un des principaux acteurs de prévention. En 2010, l'Observatoire de la Médecine Générale a révélé que 11,02% des résultats de consultation concernaient la prévention. Cette dernière occupe le deuxième rang du classement des résultats de consultation les plus fréquents [1]. Malheureusement, dans le cadre de son exercice, le médecin libéral se heurte à des obstacles de taille : contraintes de temps, intrusion dans la vie privée des patients, utilisation d'une approche strictement directive qui entraîne passivité et résistance de la part de ces derniers.

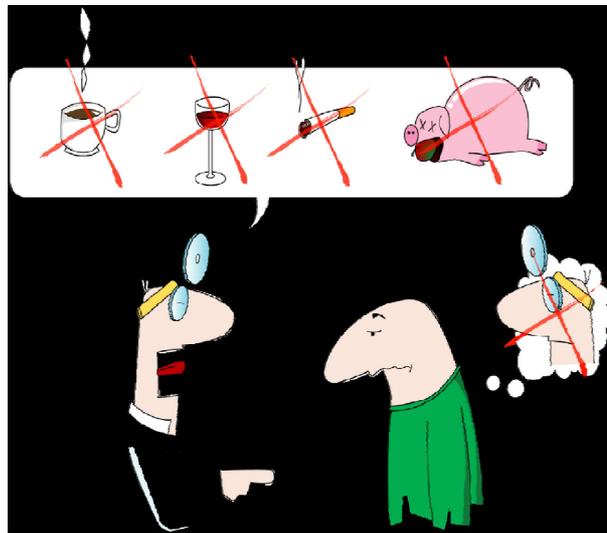


FIGURE 1 – Conséquence d'une approche directive.

Comme cela est illustré en Figure 1, l'éducation pour la santé ne se résume pas à dicter les bons comportements qu'il faudrait adopter. Une attitude plus appropriée consiste à aider les

gens à élucider leurs propres comportements pour comprendre comment ils influencent leur état de santé [2]. Il faut les encourager à faire leurs propres choix pour une vie plus saine.

En s'appuyant sur des principes qui mettent en avant la responsabilité du patient dans son cheminement vers un changement de style de vie, les Entretiens Motivationnels (EM) s'inscrivent pleinement dans cette dynamique de collaboration médecin-patient pour l'accès à la santé.

Avec plus de vingt années de recul, l'EM a montré des résultats très encourageants au travers de diverses études portant sur son efficacité dans le domaine de la toxicomanie ([3, 4, 5, 6, 7], et plus récemment [8]). L'étude la plus puissante, le projet américain MATCH [9], a comparé l'efficacité de trois styles d'interventions fréquemment utilisés auprès des personnes souffrant de dépendance à l'alcool. L'approche motivationnelle y recueille des résultats supérieurs aux deux autres (cognitivo-comportementale et Minnesota inspirée de concepts issus des Alcooliques Anonymes). Si l'EM est désormais largement employé dans le domaine des conduites addictives, qu'en est-il au sein d'une activité libérale plus vaste ?

Cette question, je me la suis posée une première fois pour l'élaboration de mon mémoire de Diplôme d'Études de Spécialité (DES) en Médecine Générale. J'avais alors voulu définir la place des EM dans les cabinets de médecine générale de la région Alsace : niveau d'utilisation en consultation courante, moyens d'information et de formation à ces techniques.

Le principal enseignement tiré de cette enquête est que les EM se font doucement une place en cabinet de médecine générale. Même s'il demeure quelques réticences, il existe une réelle volonté des praticiens pour se former aux techniques d'EM ou pour approfondir les connaissances des plus initiés. Malheureusement, la diffusion des EM en cabinet libéral souffre d'un défaut d'information, notamment à la faculté, et d'un trop petit nombre de formations proposées.

Cette première approche m'a donné l'impulsion pour une enquête plus étendue, nationale cette fois. Que se fait-il en matière d'EM dans les autres régions de France ? Comment les

EM sont-ils réellement utilisés en médecine de ville ? Quels sont les moyens de formation mis à notre disposition ?

L'objectif principal de cette thèse est donc de comprendre la place des EM dans les cabinets de médecine générale français en 2012.

Pour commencer, nous présenterons les fondements et principes généraux de l'EM en Partie 2 de ce travail. En Partie 3, nous survolerons quelques études d'efficacité afin de mieux cerner les champs d'application des EM. La Partie 4 résumera les apports de l'enquête préliminaire réalisée dans le cadre du mémoire de DES. La Partie 5 sera consacrée aux choix des méthodes utilisées pour ce présent travail. Nous exposerons en Partie 6 les principaux résultats obtenus. Enfin, nous tenterons de discuter ces résultats et de les mettre en perspective en Partie 7.

2 Généralités sur l'Entretien Motivationnel

2.1 Origine et diffusion

Le concept d'EM a vu le jour dans les années 1980 aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. Il a été développé par deux psychologues, William Miller (Université du Nouveau Mexique) et Stephen Rollnick (Université du Pays de Galles). Leur premier manuel commun [10] est paru en 1991. L'EM a d'abord été présenté aux cliniciens comme une aide aux patients dépendants aux substances psycho-actives afin de modifier leur comportement. Son champ d'action a été rapidement élargi pour toucher l'éducation sanitaire au sens large (addictions diverses, observance thérapeutique, gestion individuelle des facteurs de risque que sont l'obésité, le diabète, la sédentarité et l'hypercholestérolémie). Il existe dès lors une volonté forte de diffusion des techniques d'EM dans les pays anglo-saxons. La création en 1997 du MINT (Motivational Interviewing Network of Trainer) [11] participe largement à son expansion. Il s'agit d'un collectif de formateurs en EM, dont le but est d'encourager sa pratique, dans le respect de ses

principes. Les premiers formateurs n'étaient autres que les Docteurs W. Miller et S. Rollnick. Plus hermétique, la France tarde à faire connaissance avec cette nouvelle technique d'entretien. Il a fallu attendre 2003 pour qu'une organisation francophone s'établisse : l'AFDEM (Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel)[12]. De la même façon, l'ouvrage de référence de W. Miller et S. Rollnick n'a été traduit en français que quinze ans après sa parution en version originale, en 2006 [13]. Cette traduction a pu voir le jour grâce à la collaboration de deux membres actifs de l'AFDEM, les Docteurs Dorothee Lecallier et Philippe Michaud.

Le deuxième ouvrage de W. Miller et S. Rollnick paru en 2009 [14] a été traduit plus rapidement. Un troisième travail commun est en cours d'élaboration.

Aujourd'hui il existe plus de 10 000 publications sur l'EM, plus de 200 essais cliniques randomisés, des dizaines de livres et vidéos, et de plus en plus de recherches sur la formation. Le nombre de publications autour de cette approche double tous les trois ans, et la pratique de l'EM a été diffusée et traduite en 38 langues différentes [15].

2.2 Définition

L'EM est une méthode de communication visant à aider l'individu à prendre une décision et à trouver sa motivation pour modifier un comportement qu'il juge problématique. Plus qu'une nouvelle technique d'entretien, il s'agit d'une évolution radicale du mode d'interaction avec le patient.

W. Miller et S. Rollnick définissent l'EM comme étant « *une méthode de communication à la fois directive et centrée sur la personne, ayant pour objectif d'aider les changements de comportement en renforçant les motivations intrinsèques par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* » [14].

Un patient interrogé par W. Miller et S. Rollnick leur a confié : « *Chaque fois que je vais*

là-bas, il me dit que fumer est mauvais pour moi, comme s'il me communiquait un nouveau secret époustouflant, pourtant je vois l'avertissement sur le paquet à chaque fois que j'en allume une »[14].

Il y a peu de preuves en faveur de l'idée que les gens changeront si vous pouvez simplement les faire se sentir suffisamment mal (effrayés, honteux, humiliés). Au contraire, c'est l'intervenant encourageant, compatissant et empathique qui est le plus efficace pour inspirer le changement de comportement.

L'esprit de l'EM réside dans cette conception de la relation comme collaboration entre deux experts (le patient restant toujours l'expert de sa propre vie). L'ambivalence est un processus naturel devant toute perspective de changement. Si un soignant prend parti dans les hésitations de son patient, notamment en lui faisant savoir quel est le bon choix, la réponse du patient cingle dans une argumentation sans faille en faveur du maintien du comportement qu'il avait envisagé de modifier. Alors qu'en respectant cette ambivalence, en l'explorant, il est possible de faire émerger les raisons de changer, propres à la personne, et ainsi d'augmenter la motivation au changement.

Regardons la figure 2. Lorsque le médecin prend parti pour le changement (à gauche), le patient se défend et contre-argumente. Lorsque le médecin reflète ce qu'il comprend (à droite), le patient élabore et complète une argumentation en faveur du changement.



FIGURE 2 – Un patient ambivalent [16].

Il ne faut pas voir l'EM comme une technique pour entraîner nos patients à faire ce qu'ils ne souhaitent pas faire. Toute personne est plus volontiers convaincue par ses propres désirs, capacités, raisons et besoins de changer que par ceux qu'un intervenant pourrait être tenté de lui imposer. « *Cela implique que l'on guide plus qu'on ne dirige, que l'on danse plus qu'on ne lutte, que l'on écoute plus qu'on ne parle* » [14].

L'EM honore et respecte l'autonomie des individus et leur liberté de choix. C'est une approche qui favorise la collaboration et non la prescription.

2.3 Concepts théoriques

L'EM s'articule autour d'un certain nombre de concepts théoriques déjà existants. Pour mieux comprendre les fondements de l'EM, nous allons développer deux d'entre eux : les **stades de changement** [17] et la **balance décisionnelle** [18].

2.3.1 Les stades de changement

James O. Prochaska et Carlo C. DiClemente se sont intéressés au changement sous plusieurs formes et dans différents contextes. Ils ont pris le temps d'étudier la manière dont les gens changeaient, quelles stratégies ils utilisaient et comment ils réussissaient à maintenir leur nouveau comportement. Cela leur a permis de définir les différentes étapes du changement, qui sont au nombre de six :

1. La **pré-contemplation** : c'est le stade du déni. Ce n'est pas que la personne ne voit pas de solution, c'est qu'elle ne voit pas le problème. Il n'existe chez ce patient aucune intention de changer ;
2. La **contemplation** : ce stade est caractérisé par un état d'ambivalence. La personne commence à prendre conscience du problème mais hésite face au changement. Si la prise de conscience est bien là, elle doit cependant être accompagnée d'une charge émotionnelle suffisamment forte pour passer à l'action. Le changement est envisagé mais au conditionnel ;
3. La **décision** : la personne a la volonté de changer un comportement qu'elle juge nuisible pour sa santé. Elle a évalué les gains possibles et les pertes, et la balance penche en faveur du changement. Le patient est prêt à intégrer un système de soin, et dans un futur proche, à passer à l'action ;
4. L'**action** : ce stade constitue les premiers temps du changement effectif de comportement. Pour réussir cette étape, la confiance est primordiale. L'individu doit croire au

changement et avoir confiance en ses propres capacités ;

5. Le **maintien** : le changement commence à s'installer dans la durée. La personne tente de résister aux diverses tentations de retour au comportement problématique. C'est le stade de consolidation des acquis jusqu'à ce que les nouvelles attitudes et les nouvelles croyances soient suffisamment intégrées pour avoir l'impression que tout est devenu naturel ;
6. La **rechute** : ce stade est parfois inévitable et il est même fréquent qu'une personne doive s'y prendre à plusieurs reprises avant de sortir de façon permanente de la roue du changement. On considère qu'il faut en moyenne passer par 4 ou 5 cycles avant un succès définitif.

Ce processus de changement n'est pas linéaire et les étapes sont de durées très variables. Comme illustré en Figure 3, on peut passer d'une étape à l'autre, en sauter une ou plusieurs, ou encore rechuter vers un des stades antérieurs.

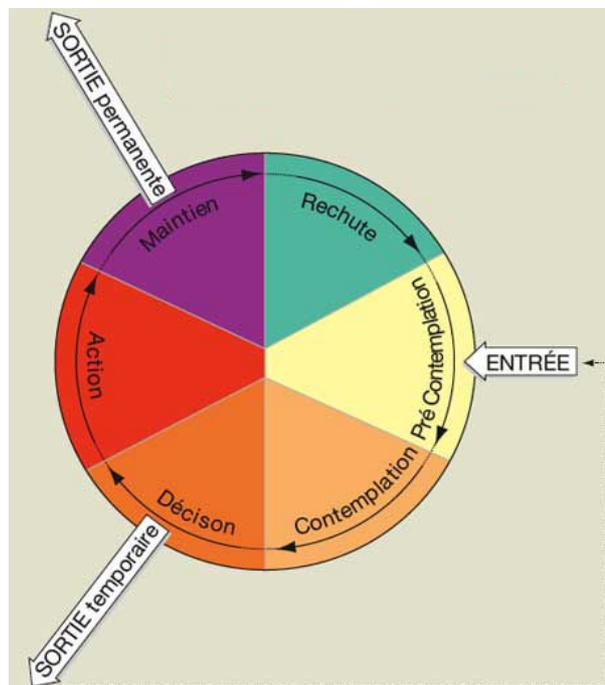


FIGURE 3 – Les six étapes du changement.

Ce modèle proposé par James O. Prochaska et Carlo C. DiClemente permet aux médecins d'adapter leurs stratégies thérapeutiques à chaque étape. Si le soignant aide son patient à déterminer un plan d'action pour changer de comportement (stratégie appropriée pour le stade de la décision), alors qu'il se situe encore au stade de pré-contemplation, ce dernier va manifester de la résistance. Le patient montre ainsi à son médecin que son intervention n'est pas adaptée. Les EM se proposent d'utiliser cette résistance pour faire progresser le patient dans les différents stades du changement. Nous verrons plus loin à l'aide de quels outils.

2.3.2 La balance décisionnelle

Une personne au stade de contemplation manifeste de l'ambivalence. Cet état, souvent interprété comme de la mauvaise volonté, est considéré comme tout à fait normal dans l'esprit motivationnel. L'ambivalence peut se définir comme une attitude de conflit interne où le sujet éprouve tour à tour de l'attraction et de la répulsion pour deux situations, l'actuelle et la désirée. Il ne peut donc faire un choix motivé et souvent c'est la situation actuelle qui est maintenue, par habitude ou inertie. Alors comment présenter et formuler les alternatives de l'ambivalence ? Irving Janis et Leon Mann illustrent le conflit engendré par l'ambivalence avec la métaphore de la « *balance décisionnelle* » (cf Figure 4), en montrant la richesse des facteurs intervenant dans tout mouvement de prise de décision. D'un côté de la balance pèsent les éléments favorisant le statu quo et de l'autre les éléments favorisant le changement. Chaque alternative possède ses avantages et ses inconvénients. Il s'agit là de peser le pour et le contre des deux situations. Nous sommes souvent tentés de n'explorer qu'un seul côté de la balance, en ne mettant en avant que les avantages du changement et les inconvénients du statu quo. C'est une erreur qui amène inévitablement nos patients à nous démontrer le contraire. Tout médecin qui tente de résoudre le dilemme en prônant une option, risque d'induire un report de son patient vers l'autre option. La balance décisionnelle est un outil qui permet d'exprimer l'ambivalence, devenue ainsi accessible par le soignant. Ce dernier va pouvoir s'en servir pour

faire ressortir le discours-changement de son patient.

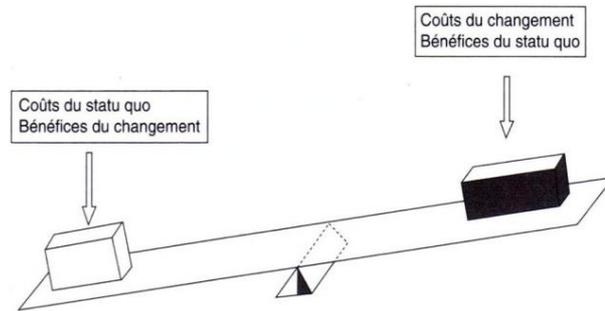


FIGURE 4 – La balance décisionnelle.

L'EM s'attache donc particulièrement à faire évoluer la réflexion du patient en faveur du changement en le faisant progresser d'un stade à un autre. Les outils utilisés sont au service d'un « esprit motivationnel » dont nous allons détailler les principes généraux.

2.4 Principes généraux

Quatre principes structurent la pratique de l'EM. Ils nous aident à mieux comprendre l'EM comme un style d'intervention plutôt qu'un amalgame de techniques. On peut retenir ces stratégies d'intervention sous la forme des « 4 E » : **É**couter avec empathie, **E**xplorer et comprendre les motivations propres du patient, **É**viter le réflexe correcteur, et **E**ncourager [19].

2.4.1 Écouter avec empathie

L'efficacité thérapeutique réside dans la qualité de l'alliance médecin-patient. Entre apathie (insensibilité) et sympathie (souffrir avec), l'empathie est la juste distance affective à adopter. Une présence empathique prédispose le patient au dévoilement de soi, de ses désirs, de ses peurs, constituant ainsi un riche matériel de travail partagé entre soignant et soigné.

L'approche centrée sur la personne de Carl Rogers, psychologue américain du 20^{ème} siècle, met l'accent sur la qualité de cette relation médecin-patient. Il définit l'empathie comme suit :

« [...] être empathique consiste à percevoir avec justesse le cadre de référence interne de son interlocuteur ainsi que les raisonnements et émotions qui en résultent [...] C'est-à-dire capter la souffrance ou le plaisir tels qu'ils sont vécus par l'interlocuteur, en percevoir les causes de la même façon que lui »[20].

L'empathie s'exprime par des messages verbaux et non-verbaux. Les premiers consistent en la répétition ou la reformulation des éléments clés d'une problématique exprimée par le patient. Les seconds consistent en l'accueil sans jugement de ce dernier, tel qu'il est, avec le cadre de référence qui lui est propre. Une attitude humaine, chaleureuse et encourageante sont les points clés de cette dimension.

2.4.2 Explorer et comprendre les motivations du patient

L'ambivalence perçue et exprimée par le patient, entre sa situation actuelle et celle qu'il aspire à atteindre, génère une anxiété bénéfique au changement.

« La motivation au changement survient lorsque les gens perçoivent une contradiction entre ce qu'ils sont et ce qu'ils aimeraient être. Le travail motivationnel consiste à révéler ces contradictions et à être le partenaire extérieur du dialogue intérieur que cette contradiction génère »[13].

Il faut garder à l'esprit que ce sont les motivations du patient, et non celles du médecin, qui ont le plus de chances de déclencher le changement de comportement.

2.4.3 Éviter le réflexe correcteur

En tant que médecins, nous avons le devoir de promouvoir la santé, de prévenir les dommages. Attention cependant à ne pas tomber dans le piège du réflexe correcteur qui consiste à dicter les bonnes conduites à nos patients. Résister à la persuasion est une tendance naturelle, et plus une personne résiste, moins il est probable qu'elle s'engage vers un changement de comportement.

2.4.4 Encourager le patient

Dans une relation d'aide, il est tout à fait sensé d'encourager la personne, de la soutenir dans les efforts qu'elle déploie, de la féliciter. L'idée est de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle qui permet aux individus de croire que leurs actions auront effectivement un impact sur une situation qu'ils désirent modifier, leur permettant ainsi d'atteindre les objectifs fixés.

En pratique, comment appliquer ces principes généraux ? Nous allons le voir, il existe des stratégies simples qui, avec un peu d'entraînement, permettent d'intégrer les EM dans le cours normal de nos consultations.

2.5 L'Entretien Motivationnel en pratique

Nous allons survoler un à un les outils à notre disposition pour pratiquer un EM, les illustrant d'exemples concrets.

2.5.1 Les questions ouvertes

L'interrogatoire est le premier temps d'un examen médical. Une bonne façon de démarrer un entretien est de permettre au patient d'exposer sa situation en posant une question ouverte. C'est ce que nous faisons tous au début d'une consultation quand nous demandons : « *Comment puis-je vous aider ?* » ou encore « *Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?* ». Les questions ouvertes sont celles pour lesquelles il n'y a pas de réponse courte et évidente. Elles invitent à développer et permettent ainsi de faire émerger les préoccupations du patient. Elles s'opposent aux traditionnelles questions fermées pour lesquelles la réponse se limite très souvent à un simple oui ou non.

Exemples de questions ouvertes [21] :

- « *Dites-moi ce qui vous fait penser qu'il faudrait que vous changiez votre comportement.* »
- « *Racontez-moi de quelle façon cela retentit sur votre vie.* »
- « *Expliquez-moi en quoi vous aimeriez que les choses soient différentes.* »
- « *Parlez-moi des avantages d'un changement de comportement.* »
- « *Si vous êtes d'accord nous allons regarder ensemble les résultats de votre dernière prise de sang. Dites-moi ce que vous en pensez.* »

Poser quelques questions ouvertes et en attendre attentivement les réponses peut transformer la qualité d'une consultation. Cela permet d'instaurer un climat de confiance. Le patient se sent écouté et mesure ainsi l'attention qu'on lui porte.

2.5.2 Le reflet

Un des outils privilégiés en EM est le reflet. C'est une affirmation et non une question, d'où l'importance de l'inflexion de la voix. Il sert à encapsuler, résumer, compléter ce que dit le patient. Avec un reflet, le médecin émet une hypothèse sur ce qui vient d'être dit, en utilisant

plus ou moins les mêmes mots. Le patient peut confirmer ou infirmer cette hypothèse, et le discours-changement avance ainsi. C'est la présentation en miroir, au malade, de ce qu'il nous communique de ses pensées, craintes, sentiments. Les reflets favorisent la connaissance de soi, de ses blocages mais aussi et surtout de ses forces. Ils évitent l'expression de jugement ou d'opinion de la part du soignant, et permettent au patient de s'exprimer librement et de se sentir compris et considéré.

L'écoute réflexive se pratique avec un jeu de nuances qualitatives (répétition, reformulation, paraphrase) et quantitatives (reflet simple, sous évaluation, surévaluation).

Exemples de reflets :

– **Reformulations simples**

– Patient : « *Je n'aurais pas dû faire cela... je n'étais plus maître de moi-même.* »

– Reflet : « *Vous regrettez ce que vous avez fait et vous vous sentez coupable.* »

ou encore

– Patient : « *Je pense que je me ferai probablement à cette nouvelle situation, mais j'ai besoin de plus de temps.* »

– Reflet : « *Il vous faut encore un peu de temps pour mûrir votre décision.* »

– **Sous-évaluation**

– Patient : « *Je ne supporte plus cette situation.* »

– Reflet : « *Cela vous chagrine.* »

– Patient : « *Me chagrine ? M'enrage plutôt !* »

– **Sur-évaluation**

– Patient : « *Je ne supporte plus cette situation.* »

– Reflet : « *Cela vous met hors de vous !* »

– Patient : « *Non, je n'irais pas jusque là, mais cela me travaille.* »

Le reflet permet au médecin d'être en phase avec son patient, et de pousser plus loin l'exploration des problèmes de ce dernier. Adresser au patient des reflets sous forme d'af-

firmations (et non de questions) lui donne un sentiment de compréhension et de confort, propice à l'élaboration d'un nouveau projet personnel.

2.5.3 La valorisation

Il est important d'aider le patient dans sa démarche. L'entretien peut ainsi être ponctué de phrases valorisantes dans le but de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi. Ces phrases peuvent évoquer les réussites passées, mettre en valeur les points forts, les progrès accomplis. Cette attitude encourage indirectement le discours-changement, au sein d'une relation médecin-patient de qualité.

Exemples de phrases valorisantes :

– « *Les obstacles que vous avez déjà surmontés montrent bien que vous êtes capable de vous mobiliser.* »

ou encore

– « *Merci d'avoir été si sincère aujourd'hui. J'apprécie vraiment !* »

2.5.4 Le résumé

Au cours des différents entretiens, il est intéressant de résumer fréquemment l'esprit de ce qui a été dit. Ceci est le témoin d'une écoute attentive et encourage la personne à continuer. Le résumé permet de souligner l'ambivalence et de faire ressortir les éléments motivationnels afin que le patient les réentende. Ce dernier pourra alors corriger ou développer le bilan ainsi présenté.

Exemple de résumé :

– « *Jusqu'à présent vous m'avez dit être préoccupé par votre hypertension. Votre papa était lui même hypertendu et est décédé d'une crise cardiaque à l'âge de 60 ans. Cela vous*

effraye. Vous êtes conscient de l'importance d'avoir une tension équilibrée pour préserver votre système cardiovasculaire. Autre chose ? »

Tous ces exemples illustrent bien l'esprit de collaboration et le respect de l'autonomie du patient qui sont les clés d'un EM réussi.

Nos études médicales et nos expériences professionnelles nous ont apporté un savoir considérable et l'EM n'exclue pas son utilisation. Les conseils et informations au patient sont les bienvenus. L'important, afin de respecter l'esprit motivationnel, est de demander au patient s'il est prêt à les entendre.

Beaucoup de soignants jugent difficile de s'approprier l'esprit motivationnel parce qu'ils se le représentent comme une technique délicate et surtout chronophage. Cette rapide présentation a pour but de montrer qu'avec quelques outils simples bien maîtrisés, faire appel à l'approche motivationnelle ne prend pas nécessairement plus de temps qu'une approche directive. Cela peut surtout s'avérer plus efficace, comme nous allons le voir au travers des quelques études présentées ci-dessous.

3 Intérêts et limites des Entretiens Motivationnels en cabinet de médecine générale

Comme nous l'avons vu en introduction, l'EM bénéficie d'un certain appui au sein de la communauté scientifique et clinique oeuvrant en toxicomanie. Fort de cette efficacité dans ce domaine, l'EM a tout naturellement étendu son champ d'application à d'autres problèmes de santé.

3.1 Études d'efficacité

Pour mieux se rendre compte de la diversité d'utilisation des EM, nous nous proposons de survoler quelques études récentes portant sur l'efficacité des EM dans la prise en charge de divers facteurs de risque cardiovasculaire [22].

3.1.1 Entretien Motivationnel et obésité

Aux Etats-Unis, en 2009, à travers l'étude « Teen CHAT », K. Pollak et collaborateurs ont analysé trente rencontres entre médecins généralistes et adolescents obèses [23]. Ils ont évalué le lien entre la qualité de la discussion initiale et différents facteurs tels que la perte de poids, l'exercice physique, le temps passé devant un écran. Tous ces critères ont été relevés à un mois des rencontres. Lorsque les médecins généralistes avaient utilisé des techniques d'EM, les patients avaient perdu du poids, fait plus d'exercice physique et réduit le temps passé devant un écran de télévision ou d'ordinateur. Ces auteurs encouragent donc les médecins à se former aux techniques d'EM et à les utiliser pour aider les adolescents obèses à atteindre un poids de forme.

3.1.2 Entretien Motivationnel et hypertension artérielle

La mauvaise observance thérapeutique est un problème majeur chez les hypertendus de la communauté afro-américaine. G. Ogedegde et collaborateurs ont testé courant 2008, l'effet des EM sur l'observance thérapeutique et la pression artérielle chez 190 afro-américains hypertendus [24]. Le groupe témoin recevait les conseils habituels (règles hygiéno-diététiques, recommandations pour le suivi du traitement). Cet essai randomisé a montré une meilleure observance thérapeutique et un meilleur contrôle de la pression artérielle dans le groupe ayant bénéficié des EM.

3.1.3 Entretien Motivationnel et diabète

Un grand nombre de femmes ayant développé un diabète gestationnel déclarent plus tard un diabète de type 2. Partant de ce constat, en 2011, JA. Reinhardt et collaborateurs ont voulu vérifier si des EM menés par téléphone avaient un impact positif sur le mode de vie de ces femmes, au décours de leur diabète gestationnel, pouvant ainsi prévenir l'apparition ultérieure d'un diabète de type 2 [25]. 38 femmes ont été randomisées en deux groupes. La moitié d'entre elles ont bénéficié, en plus de l'accès aux soins habituels, d'EM par téléphone sur une période de six mois. Le groupe témoin n'a reçu que les soins habituels. Le groupe EM, comparativement au groupe témoin, a considérablement réduit l'apport en matières grasses, la consommation totale de glucides et la charge glycémique. Ces femmes ont également augmenté leur activité physique de loisir et amélioré leur indice de masse corporelle. Tous ces facteurs représentent un gain de chance pour ne pas développer ultérieurement un diabète de type 2.

3.1.4 Entretien Motivationnel et tabac

L'objectif de cette étude menée par R. Soria et ses collaborateurs en 2006 [26] était de déterminer si les EM sont plus efficaces que les conseils anti-tabac pour arrêter de fumer. 200 fumeurs ont été recrutés en soins primaires à Albacete en Espagne et répartis en deux groupes : conseils anti-tabac versus EM. Le taux d'abstinence a été évalué 6 puis 12 mois après l'intervention, confirmé par la mesure du monoxyde de carbone expiré. Les EM ont été 5,2 fois plus efficaces que les conseils simples pour l'arrêt du tabac.

3.1.5 Entretien Motivationnel et patient coronarien

S. Hardcastle et collaborateurs ont voulu déterminer si de multiples entrevues motivationnelles, dans un contexte de soins primaires, avaient un intérêt pour les patients à risque de maladie coronarienne [27]. De telles interventions se traduiraient-elles par des changements sur l'activité physique, l'alimentation et l'état de santé de ces patients ? Un essai randomisé, portant sur 334 patients, a été mené au Royaume-Uni en 2007, pour comparer les EM avec les soins habituellement dispensés (distribution de dépliants de promotion pour la santé). À 6 mois, les patients du groupe « EM » étaient plus actifs et avaient réduit leur poids, leur pression artérielle et leur taux de cholestérol, en comparaison avec le groupe contrôle. Ces bénéfices étaient d'autant plus importants que le nombre de séances était grand. Les auteurs concluent qu'assister à de multiples entrevues motivationnelles, en soin de santé primaire, est dans l'intérêt des patients, et réduit de manière générale les facteurs de risque cardiovasculaire.

Le choix des études sus citées permet d'illustrer la grande diversité d'application des EM, au-delà de l'addictologie, domaine pour lequel ils ont initialement vu le jour. On peut y avoir largement recours en prévention primaire, avant l'apparition de la maladie, ou en prévention secondaire, afin d'éviter les complications. Ainsi, ils ont montré un grand intérêt pour la prise en charge du patient tabagique, hypertendu, diabétique, dyslipidémique, ou encore obèse. Les EM ont fait leur preuve sur tous les profils de patients, qu'il s'agisse d'adolescents, de femmes jeunes ou d'hommes mûrs, et quelles que soient leurs origines culturelles ou socioprofessionnelles.

Ainsi, les EM apparaissent comme un outil simple d'utilisation et efficace dans de très nombreuses situations. Ce mémoire s'attache à promouvoir l'utilité des EM en cabinet de médecine générale, mais nous ne pouvons pas omettre de citer leurs limites, parfois évidentes.

3.2 Limites

3.2.1 Frein lié au patient

Nous ne parlerons pas ici de la résistance des patients ambivalents qui est une étape normale dans tout processus de changement, ne pouvant donc être considérée comme un frein. À nous soignants, d'apprendre à utiliser l'énergie issue de cette résistance pour avancer.

Le seul véritable frein lié au patient reste la barrière de la langue, difficile à contourner. Le recours aux EM nécessite une parfaite compréhension orale entre les deux intervenants.

3.2.2 Freins liés au médecin

Un grand nombre de médecins jugent compliquée l'utilisation des EM . Ils se les représentent comme une technique difficile, et surtout chronophage, bien loin de leur vécu de stress et de nécessaire rapidité. Pourtant, une fois maîtrisée, l'approche motivationnelle a toute sa place dans une consultation de médecine générale, sans obligatoirement en augmenter la durée.

La pratique des EM demande d'adopter une posture d'écoute et de concentration. Pendant que le patient parle, notre esprit ne peut plus être distrait par la rédaction d'une ordonnance ou de commentaires dans un dossier. Il faut pouvoir écouter et entendre ce que dit le patient, et toute notre attention doit ainsi être portée sur lui. Ces efforts de concentration demandent beaucoup d'énergie, mais la fatigue s'efface devant la satisfaction d'une journée de consultations réussie.

Le dernier frein évident est la nécessité d'avoir recours à un apprentissage spécifique des EM. La conduite de ces derniers est souvent mise en oeuvre sans support théorique. Une

connaissance des principes essentiels est néanmoins utile à une démarche d'amélioration de notre pratique professionnelle, pour une relation patient-soignant de qualité. Cela implique de trouver le moyen de formation approprié. La maîtrise des EM apporte aux médecins des repères méthodologiques pour l'aide au changement de comportement, et a une action remotivante pour ces derniers [28].

Cette première partie de mon travail veut montrer que le cabinet du médecin généraliste est un lieu privilégié pour la pratique des EM. Nos consultations sont trop souvent le théâtre d'une lutte stérile, pour essayer de faire passer des messages de prévention. Avec les EM, nous disposons d'un outil qui permet de faire appliquer, en douceur, ces principes de bonne santé, tout en laissant le patient maître de ses décisions.

Toutes ces observations paraissent évidentes sur le papier, mais qu'en est-il sur le terrain ? Quelle place occupent réellement les EM dans les cabinets de médecine générale en France ? Pour se faire une première idée, regardons les résultats de l'enquête alsacienne menée en 2011.

4 Bilan du mémoire de DES

Avant d'entrer dans le vif du sujet, intéressons-nous rapidement aux principaux résultats de nos travaux menés en 2011. Cela permettra d'avoir un premier aperçu de l'utilisation des EM en cabinet de médecine générale, et nous pourrons dresser plus loin une comparaison avec les résultats de notre présent travail.

4.1 Les principaux résultats de l'enquête de 2011

4.1.1 Utilisation des Entretiens Motivationnels chez les généralistes alsaciens

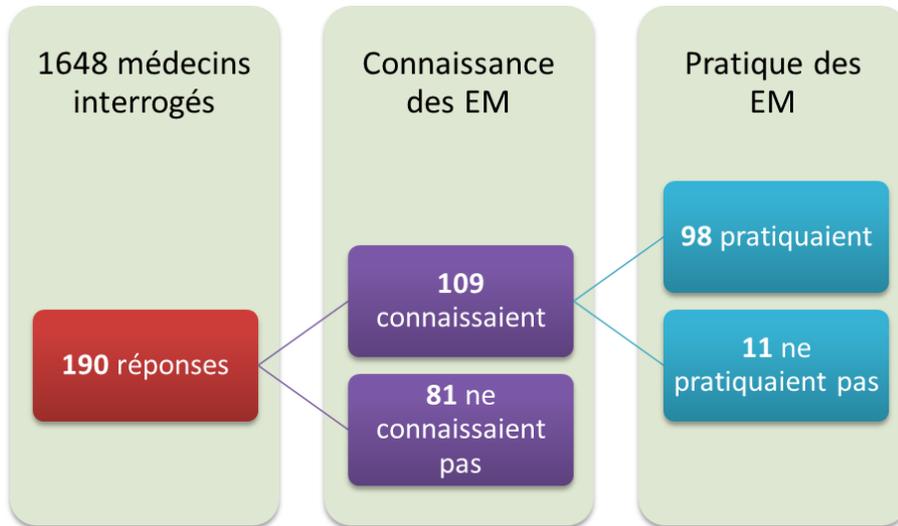


FIGURE 5 – Aperçu de la connaissance et de l'utilisation des EM en Alsace en 2011.

Notre première enquête a été menée du 23 juin au premier août 2011. Sur les 1648 médecins interrogés, 190 avaient répondu. 57% des participants (109) connaissaient l'existence des techniques d'EM, 43% (81) n'en avaient jamais entendu parler. Parmi les médecins qui avaient connaissance des EM, 19% (11) ont déclaré ne jamais y avoir recours (cf. Figure 5). Certains par manque de formation, d'autres parce qu'ils avaient une vision négative de ces techniques, comme ils nous l'ont expliqué au travers de commentaires libres : « *J'ai un préjugé défavorable pour les théories comportementales* » ; « *Je suis formellement contre tout ce qui structure les entretiens avec le patient : chaque colloque doit être rigoureusement singulier et notre écoute si elle est neutralité bienveillante et attentive permet au patient d'oser dire ce qu'il a sur le coeur* » ; « *J'ai une méfiance vis à vis de ces techniques qui veulent faire croire que l'on peut tout maîtriser* ».

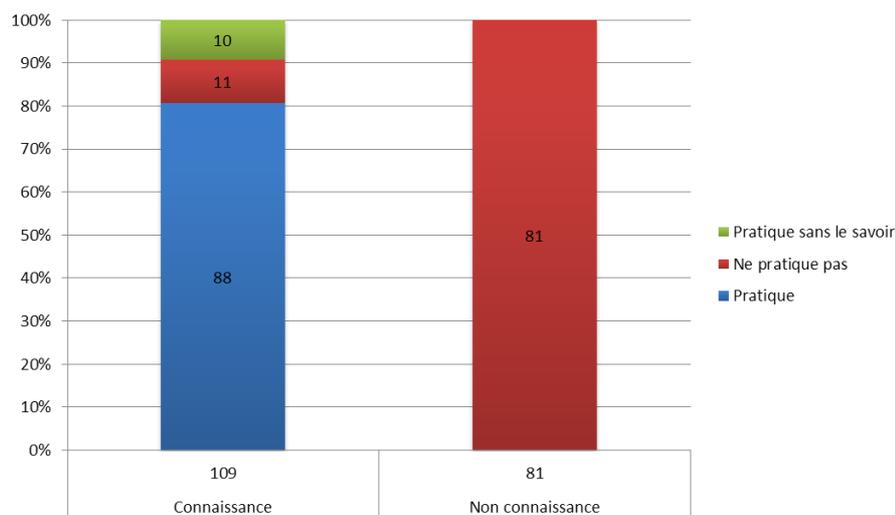


FIGURE 6 – Utilisation des EM chez les généralistes alsaciens.

81% des 109 médecins connaissant les EM, soit 88, étaient convaincus de leur utilité en cabinet de médecine générale, et y avaient recours avec une fréquence moyenne. Les plus convaincus d’entre eux (un tiers employait les EM de façon intensive dans leur pratique courante) n’ont pas hésité à souligner leur attachement à cette technique d’entretien : « *Les EM sont très utiles dans tous les domaines, pas seulement l’addictologie ou la psychologie. L’interrogatoire médical est grandement facilité par les EM.* » ; « *Je suis littéralement imprégné par cette technique d’entretien dans ma pratique de tous les jours. J’en suis même plus trop conscient et le seul fait de devoir y réfléchir, à cause de votre questionnaire, m’a à nouveau fait prendre conscience des techniques.* » ; « *L’affrontement ne mène qu’à la tristesse et rend pauvre, l’écoute ouverte et active mène à la joie pour les deux partenaires autour d’un projet commun, le mieux être.* ».

Un résultat mis en évidence par notre enquête alsacienne a suscité notre intérêt. Une partie des répondants pratiquait les EM sans le savoir (cf. Figure 6). Ils avaient recours aux différentes techniques motivationnelles, surtout la valorisation et les questions ouvertes, le plus souvent par intuition. Ce résultat inattendu a motivé un changement de méthodologie

pour notre présent travail. Comme nous le verrons plus tard, nous avons choisi de montrer un EM filmé pour permettre à ces généralistes d'identifier si les principes qu'ils utilisent dans leur cabinet respectent l'esprit motivationnel.

4.1.2 Moyens de diffusion et de formation aux Entretiens Motivationnels

La figure 7 illustre les différents moyens de diffusion des EM mis en évidence. La figure 8 montre les principaux moyens de formation auxquels ont eu recours les médecins interrogés, désireux de se perfectionner en EM. Pour ces deux points, les niveaux d'importance étaient de même ordre, avec en tête, les conférences et séminaires spécialisés. Un moyen évident mais encore trop peu exploité à Strasbourg était l'enseignement à la faculté de médecine. De nombreuses personnes interrogées l'ont déploré.

Notre travail de thèse va tenter de définir s'il existe une disparité de formation entre les régions afin de dresser d'éventuelles pistes d'amélioration pour l'Alsace.

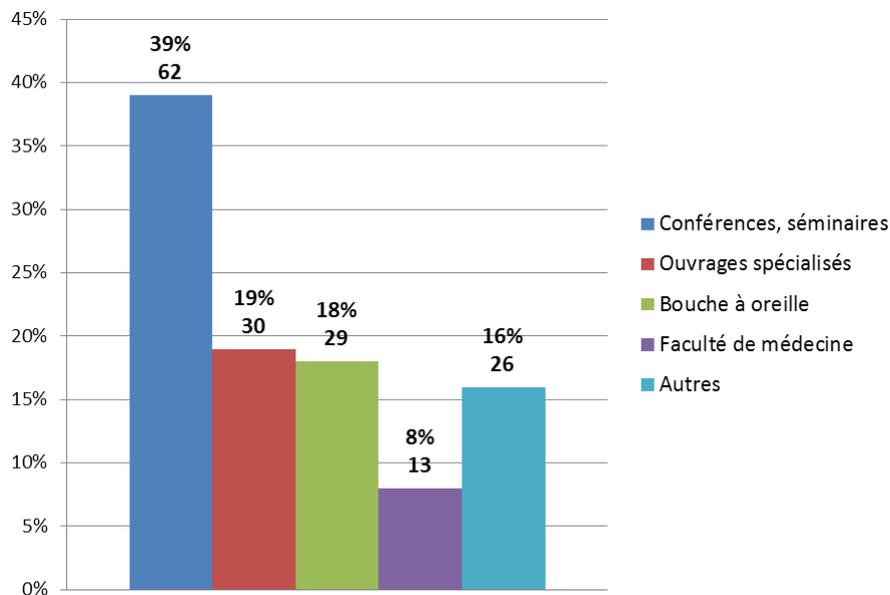


FIGURE 7 – Moyens de diffusion des EM.

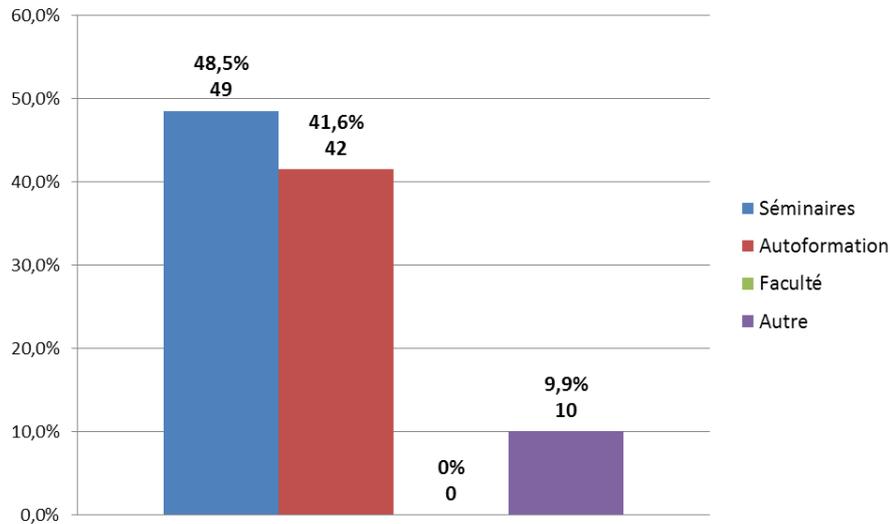


FIGURE 8 – Moyens de formation aux EM.

4.1.3 Biais de recrutement

Découvrir que les EM étaient si présents en cabinet de médecine générale nous avait beaucoup surpris. Nous avons donc voulu vérifier ces résultats en tirant au sort 20 médecins généralistes sur notre mailing liste. Pour se faire, nous avons répertorié les médecins par ordre alphabétique, leur associant un nombre compris entre 0 et 1647 (l'effectif total était de 1648 médecins). Nous avons ensuite généré, informatiquement, une suite de 20 nombres aléatoires. Chacun de ces 20 médecins généralistes a été contacté par téléphone début août 2011 afin de leur soumettre oralement notre questionnaire.

4 médecins ont répondu avoir une vague idée de ce que pouvaient être les EM, et 2 avaient assisté à des Formations Médicales Continues (FMC) lors desquelles a été présenté le principe des EM. Les 14 autres n'avaient jamais entendu parler d'EM, même si certains d'entre eux ont montré un certain intérêt en me demandant de quoi il s'agissait précisément. Au total, 70% des médecins contactés par téléphone ignoraient l'existence des EM.

Parmi les 6 médecins connaissant les EM aucun n'y avait recours dans sa pratique quotidienne

(cf. Figure 9). Le défaut de formation était le principal frein évoqué.

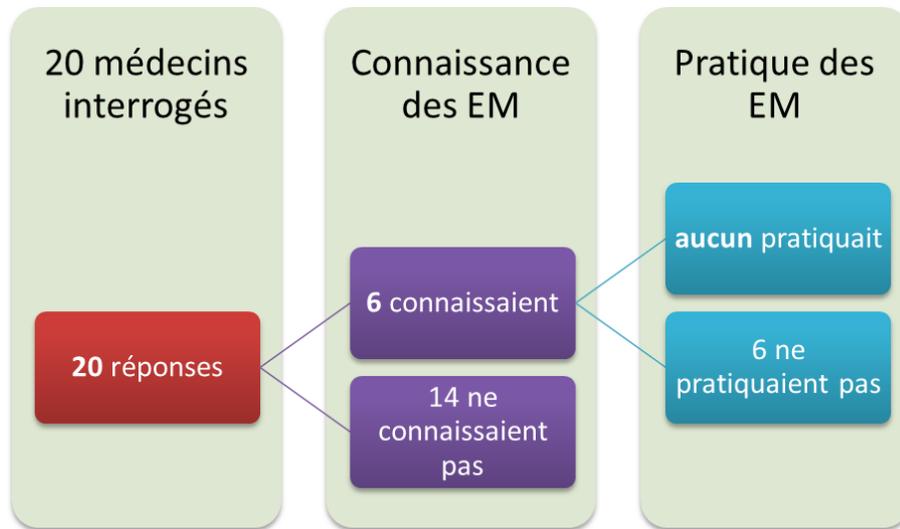


FIGURE 9 – Résultats de l'enquête téléphonique.

Ces seconds résultats, bien différents des premiers, nous ont fait prendre conscience de l'importance du biais de recrutement dans notre enquête. Il paraît évident que les médecins n'ayant pas connaissance des EM se trouvent largement sous représentés, par manque d'intérêt pour le sujet. Ce sont bien les médecins se sentant les plus concernés qui répondent en priorité.

Malgré tout, nous avons conclu que l'utilisation des EM a dépassé le seul cadre de l'addictologie et qu'elle s'est fait une place en cabinet de médecine générale. Même si certains médecins restent méfiants vis à vis de cette technique de communication, la majorité fait preuve d'un réel enthousiasme. Cette tendance se confirmera-t-elle à l'échelle nationale ?

4.2 Les perspectives pour l'enquête de 2012

Depuis le début nous étions convaincus de l'utilité des EM en cabinet de médecine générale, mais nous ne nous attendions pas à un tel engouement. En effet, ce n'est que très récemment

qu'a débuté en France, la promotion plus large des EM dans le domaine de la médecine de ville. En témoignent les articles parus sur le site de l'HAS en 2008 [29] ou encore dans la Revue Prescrire en 2010 [30].

Malgré un biais d'intérêt important mais inévitable, la suite logique était d'élargir notre étude en interrogeant un maximum de médecins généralistes en France.

L'intérêt de cette enquête nationale est double :

1. Affiner la réponse à notre problématique : quelle est la place actuelle des EM en cabinet de médecine générale en France ? en ayant accès à un plus grand effectif de généralistes. En arrière pensée, nous espérons promouvoir l'utilité des EM en consultations courantes de médecine générale ;
2. Dresser une cartographie des disparités inter-régionales (si elles existent), concernant l'utilisation des EM en pratique courante, mais aussi et surtout la formation à ces techniques. Une formation spécifique en EM est-elle réellement indispensable à sa pratique ? Si oui, quelles sont les meilleures propositions ?

5 Matériel et méthode

Quelle est la place des EM dans les cabinets de médecine générale français en 2012 ? Voici la question globale à laquelle nous essayons de répondre. Le lieu et la date mis à part, elle est identique à la question que nous nous étions posée, dans le cadre du mémoire de DES. Pour cette raison, et malgré le biais important déjà cité, nous avons choisi d'avoir recours à une méthodologie similaire, en y apportant les améliorations dictées par cette première expérience.

5.1 Déroulement de l'enquête

Nous avons voulu interroger un maximum de médecins généralistes libéraux en France, hommes ou femmes, exerçant sans distinction une activité rurale ou urbaine, seul ou en groupe. Pour ce faire, nous avons utilisé le fichier de l'Espace Médecine, déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), qui est alimenté et mutualisé par plusieurs structures (fmc ActioN en particulier). Le seul critère d'exclusion, qui nous a été imposé, était l'absence d'adresse électronique personnelle ainsi disponible. 25 925 courriels étaient répertoriés dans notre base au moment du lancement de l'enquête.

L'élaboration d'un questionnaire concis a servi de guide à notre investigation. Il aborde 4 questions principales :

1. Les circonstances du premier contact avec les EM ;
2. Leur degré d'utilisation en consultation courante. Pour tenter de le mesurer, nous avons choisi une échelle de 10 sur laquelle les personnes interrogées doivent reproduire, de manière subjective, leur utilisation des EM. Pour préciser leurs connaissances pratiques, nous avons détaillé trois sous-items représentés par les principales stratégies d'EM que sont les questions ouvertes, les reflets et la valorisation. Un lien vers une séquence vidéo illustrant ces techniques permet aux moins initiés d'en avoir une représentation ;
3. Les problèmes de santé pour lesquels les EM sont le plus utilisés ;
4. Les moyens disponibles et exploités pour la formation des médecins généralistes aux techniques d'EM.

Les caractéristiques personnelles qui nous ont semblé incontournables à faire préciser sont : le sexe, la région d'exercice, la faculté d'origine et la date de soutenance de thèse.

Un espace a été réservé pour d'éventuels commentaires libres.

Notre questionnaire s'est voulu court (8 items) et interactif (grâce à la séquence filmée)

afin d'encourager un maximum de personnes à répondre, et surtout celles qui découvrent ici pour la première fois les EM.

Le questionnaire détaillé peut être consulté en Annexe [A](#).

Pour ne pas reproduire les erreurs de l'an passé, nous avons choisi d'attendre la fin des congés d'été pour entreprendre notre enquête en ligne. Nous avons débuté l'envoi du questionnaire le 11 septembre 2012 à 13h. Il a fallu 3 jours pour que les 25 925 destinataires réceptionnent notre courriel. Ce dernier expliquait l'objectif de mon travail, donnait une définition succincte des EM, et illustrait par une petite séquence vidéo, les questions ouvertes, le reflet et la valorisation. En bas de page, un lien permettait de répondre à notre questionnaire en ligne. Ce courriel est joint en Annexe [B](#).

Deux relances ont été faites via l'UG Zapping rédigé par le Docteur Claude Bronner les 17 et 27 septembre 2012. Nous avons laissé le questionnaire ainsi que la vidéo en ligne durant 1 mois. L'enquête a été clôturée le 11 octobre 2012.

5.2 Élaboration de la vidéo

L'enquête alsacienne effectuée en 2011 a révélé que certains généralistes pratiquaient les EM sans support théorique. Ils avaient recours quotidiennement aux questions ouvertes, à la valorisation, et/ou à l'écoute réflexive, sans savoir que ces techniques sont en fait regroupées sous le terme d'Entretien Motivationnel et qu'elles gagnent à être étoffées, maîtrisées pour montrer leur pleine efficacité. Ce constat nous a donné l'idée d'intégrer à notre nouveau questionnaire, une courte séquence vidéo mettant en scène les trois techniques sus-citées. Après visionnage de cette séquence, les médecins interrogés pourront alors répondre sans ambiguïté : ont-ils recours dans leur pratique courante aux EM, tels qu'ils viennent de leur être présentés ?

En plus de nous permettre d'obtenir des résultats plus précis, nous avons voulu donner à cette vidéo un but pédagogique. Le meilleur moyen de se représenter ce qu'est un EM est de le voir pratiquer par un médecin formé à cette technique. Pas toujours facile à mettre en oeuvre : assister aux consultations d'un confrère qui a l'habitude d'y avoir recours, s'inscrire à un atelier de formation, acheter un des rares dvd disponibles sur ce sujet [31]. Le premier réflexe est alors de parcourir les moteurs de recherche en ligne, mais les résultats sont minces. Seuls deux extraits, en français, sont accessibles librement sur Internet au moment de l'enquête [32, 33]. Le premier exemple, suisse, illustre l'éducation thérapeutique d'un patient coronarien faite par une infirmière d'un service de cardiologie. Le deuxième, canadien, met en scène une consultation d'un patient hypertendu. Ces faibles sources audiovisuelles alors disponibles, n'ont fait que renforcer l'utilité d'y joindre une vidéo.

Nous avons choisi d'illustrer les principales techniques d'EM, au service de l'éducation thérapeutique d'un patient diabétique. Nous avons décidé de jouer cet entretien afin d'obtenir une séquence courte regroupant plusieurs exemples de questions ouvertes, de reflets et de valorisation. L'exercice n'a pas été facile. Avec le souci de rester concis et didactique, difficile de montrer le climat empathique qui guide un entretien motivationnel lors d'une vraie consultation, forcément plus longue et plus riche. Après de nombreux essais et quelques montages vidéo, nous avons pu proposer une séquence de 3 minutes mettant en scène les 3 principales techniques utilisées en EM.

5.3 Exploitation des données

Pour l'exploitation des données ainsi recueillies, nous avons sollicité l'aide du Docteur Erik Sauleau du secteur Biostatistique du Pôle de Santé Publique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Les variables qualitatives sont décrites par la fréquence de chacune de leurs modalités et les

variables quantitatives par leurs moyenne et écart-type.

Les croisements de deux variables qualitatives (par exemple, la connaissance ou non des EM en fonction du sexe) ont été représentés sous forme de tableaux de contingence. Pour les variables catégorielles, nous avons utilisé, selon le cas, le test Khi2 de Pearson ou le test Exact de Fischer et pour les croisements impliquant au moins une variable ordinale (par exemple la catégorie d'année de thèse) le d de Somers.

Pour traiter les variables quantitatives (par exemple, les moyennes de pratique des EM), nous avons eu recours à des tests de comparaison des moyennes. Si le test global était significatif, nous avons procédé à des comparaisons deux à deux par un test post-hoc. L'homogénéité des variances (conditions d'application de ces calculs) a été préalablement vérifiée par un test de Levene.

Intéressons-nous à présent aux principaux résultats que ces analyses statistiques ont permis d'obtenir.

6 Résultats

6.1 Recueil des réponses

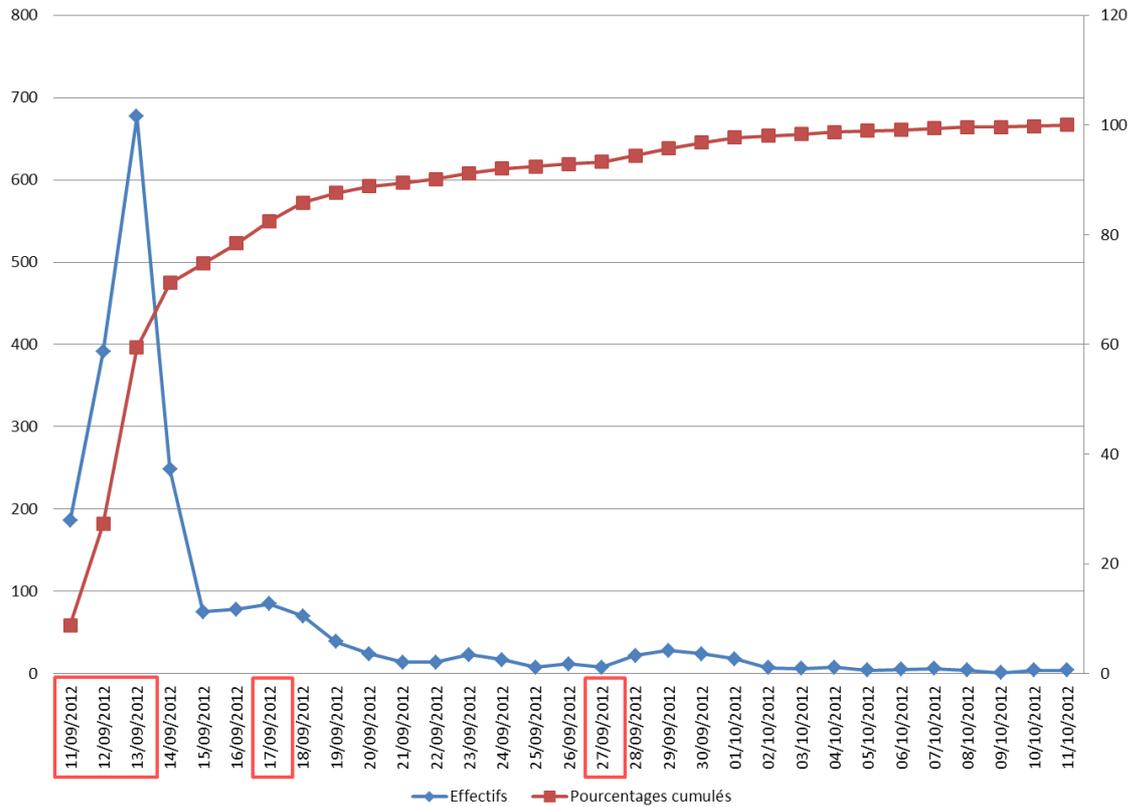


FIGURE 10 – Evolution du taux de réponses.

Au départ, notre fichier comportait 25 925 courriels. Nous avons essayé 1 294 refus d’envoi, ainsi que 2 165 retours à l’expéditeur. 102 médecins ont pris le temps de nous répondre par retour d’e-mail pour préciser qu’ils n’entraient pas dans le cadre de notre enquête car ils avaient quitté la filière Médecine Générale (retraités ou exercice particulier).

Le nombre de courriels valides était au final de 22 364.

Le premier envoi (échelonné du 11 au 13 septembre 2012) a permis d’obtenir 71,2% des réponses. Deux relances, les 17 et 27 septembre 2012, ont permis de dépasser la barre des

2 000 réponses. L'évolution du taux de réponses sur le mois qu'a duré notre enquête est représentée Figure 10.

À la clôture de notre enquête, le 11 octobre 2012, soit un mois après son lancement, notre questionnaire en ligne comptabilisait 2 110 réponses. Le taux de réponses atteint est donc de 9,43%.

6.2 Profil de la population étudiée

6.2.1 Répartition hommes-femmes

817 femmes, soit 38,7% et 1 293 hommes, soit 61,3% ont répondu à notre questionnaire. Cette répartition hommes-femmes est illustrée Figure 11.

Selon les données de l'atlas de la démographie médicale, relevées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins [34], au 1^{er} janvier 2012, la France comptait 54 597 généralistes hommes, soit 59%, et 37 880 généralistes femmes, soit 41%.

Un test de comparaison de pourcentages a montré que notre population était significativement différente de la population médicale française à ce niveau, $p = 0,035$.

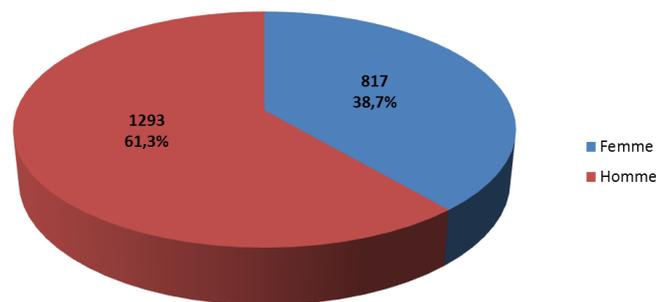


FIGURE 11 – Répartition hommes-femmes.

6.2.2 Région d'exercice

Pour rendre ce résultat plus lisible, en Figure 12 nous avons dressé une cartographie du taux de réponses par région, à l'échelle du nombre de médecins généralistes en exercice dans chacune de ces régions. Nous avons utilisé les données de l'atlas de la démographie médicale française, par région, situation relevée au 1^{er} juin 2011, sachant qu'il n'y a pas eu de modification des effectifs entre 2011 et 2012 [34]. Le tableau récapitulatif de ces calculs peut être consulté en Annexe C.1.

Prenons pour exemple l'Alsace qui est la région la plus représentée dans notre enquête. Nous y avons obtenu 177 réponses. Sachant qu'il y a 2 691 généralistes actifs en Alsace, le taux de participation était de 6,58% pour cette région.

Alsace	6,58%
Aquitaine	1,69%
Auvergne	1,25%
Basse-Normandie	1,82%
Bourgogne	1,07%
Bretagne	3,21%
Centre	2,59%
Champagne-Ardenne	1,29%
Corse	2,45%
DOM-TOM	1,10%
Franche-Comté	1,99%
Haute-Normandie	2,35%
Île-de-France	1,86%
Languedoc-Roussillon	3,25%
Limousin	1,43%
Lorraine	1,78%
Midi-Pyrénées	2,62%
Nord-Pas-de-Calais	2,05%
Pays de la Loire	2,14%
Picardie	2,32%
Poitou-Charentes	1,07%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2,75%
Rhône-Alpes	2,19%

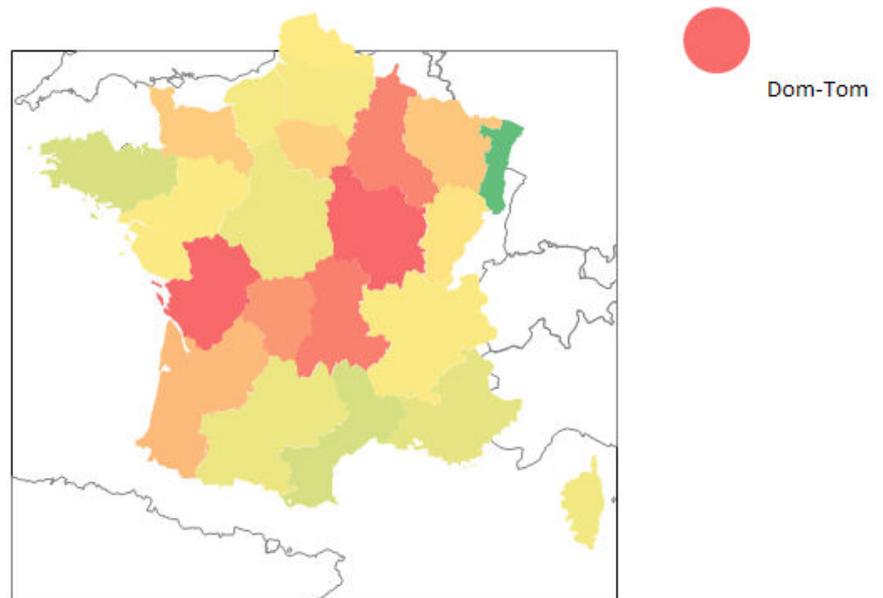


FIGURE 12 – Cartographie du taux de participation par région.

6.2.3 Faculté de formation

À la question « *Dans quelle faculté avez-vous fait vos études de médecine ?* », certains médecins ont répondu en énumérant les différentes universités fréquentées durant leur cursus. Nous avons supposé qu'elles étaient citées par ordre chronologique, et que les EM, s'il y avait lieu, étaient plus volontiers abordés durant le 3^{me} cycle des études médicales. Nous avons donc décidé arbitrairement de ne considérer que la dernière faculté citée.

Les universités parisiennes ont posé le problème de leur pluralité. 52 médecins n'ont pas spécifié l'arrondissement de la faculté de Paris fréquentée. Nous avons décidé d'écartier ces 52 réponses.

Le Tableau 1 dresse la répartition des répondants en fonction de leur faculté d'origine, par ordre décroissant d'effectif. La faculté de médecine de Strasbourg est la plus représentée. 184 médecins, soit 8,9% y ont effectué leurs études.

Faculté	Effectif	Pourcentage valide
STRASBOURG	184	8,9
AIX MARSEILLE	149	7,2
LILLE	142	6,9
MONTPELLIER	121	5,9
PARIS 6	106	5,2
LYON	104	5,1
PARIS 5	102	5,0
TOULOUSE	97	4,7
PARIS 7	91	4,4
GRENOBLE	83	4,0
BORDEAUX	81	3,9
NANCY	74	3,6
RENNES	67	3,3

Faculté	Effectif	Pourcentage valide
PARIS 12	59	2,9
ROUEN	58	2,8
TOURS	56	2,7
NANTES	55	2,7
PARIS 11	48	2,3
NICE	42	2,0
AMIENS	35	1,7
REIMS	34	1,7
CAEN	33	1,6
BREST	31	1,5
BESANCON	29	1,4
DIJON	28	1,4
PARIS 13	26	1,3
ANGERS	25	1,2
POITIERS	24	1,2
CLERMONT FERRAND	20	1,0
LIMOGES	19	0,9
SAINT ETIENNE	18	0,9
ETRANGER	17	0,8
Total	2058	100,0
Manquantes	52	

Tableau 1: Répartition des effectifs par faculté de formation.

6.2.4 Année d'obtention du doctorat en Médecine Générale

Pour traiter au mieux cette question de notre enquête, nous avons décidé de procéder à un regroupement.

Le premier groupe recense les médecins thésés avant 1990.

Jusque dans les années 1990, tout médecin pouvait devenir spécialiste, soit en passant par la voie sélective et hospitalière de l'internat, soit par la voie non-sélective et universitaire des Certificats d'Études Spécialisées (CES), laissant ainsi se développer une médecine spécialisée à deux vitesses entre « anciens internes et chefs de clinique des hôpitaux » d'une part, et titulaires de CES d'autre part. Une réforme supprima les CES médicaux et rendit l'internat obligatoire pour la qualification ordinale de spécialistes, à travers les Diplômes d'Études Spécialisées (DES), compléments du diplôme de Docteur en Médecine.

Le deuxième groupe compte les médecins ayant soutenu leur thèse après 1990 mais avant 2004.

Jusqu'en 2004, les futurs généralistes ne passaient pas le concours de l'internat. Le deuxième cycle était suivi d'une période appelée résidanat, et qui durait deux ans et demi puis trois ans.

Le troisième et dernier groupe représente les médecins thésés après 2004.

Depuis la rentrée 2004, tous les étudiants en médecine doivent désormais passer l'examen national classant et faire un internat. L'ancien résidanat devient alors l'internat de médecine générale, dans le cadre du processus de revalorisation de cette profession.

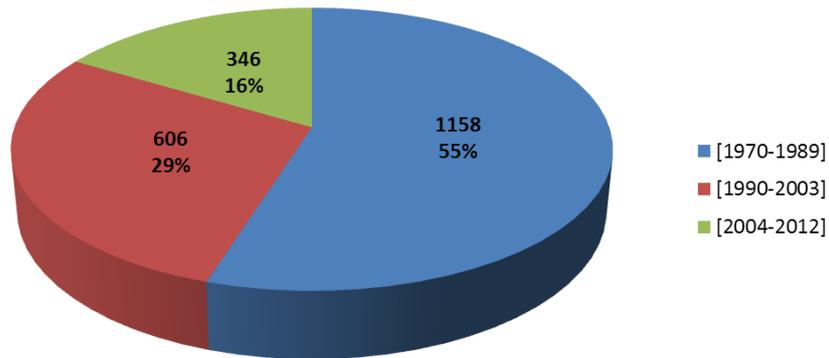


FIGURE 13 – Répartition par génération.

Comme représenté Figure 13 , 1158 médecins de notre enquête ont obtenu leur doctorat entre 1970 et 1989, soit 54,9% ; 606 entre 1990 et 2003, soit 28,7% ; 346 ont soutenu leur thèse entre 2004 et 2012, soit 16,4%.

Nous avons supposé qu'en moyenne, les médecins soutiennent leur thèse à l'âge de 30 ans. Notre population était ainsi constituée de 83,6% de médecins de plus de 40 ans (thésés avant 2004) et de 16,4% de médecins de moins de 40 ans (thésés après 2004).

En France, au 1^{er} janvier 2012, 87,6% des généralistes avaient plus de 40 ans, 12,4% moins de 40 ans.

Un test de comparaison de pourcentages a montré que notre population était aussi sur ce point, significativement différente de la population médicale française, $p = 3.10^{-8}$.

6.3 Connaissance des Entretiens Motivationnels

6.3.1 Vue d'ensemble

Parmi les 2 110 répondants, 1 577 ont déclaré avoir déjà entendu parler des EM, soit 74,7%. Seuls 533 médecins les ont découverts ici pour la première fois, soit 25,3%.

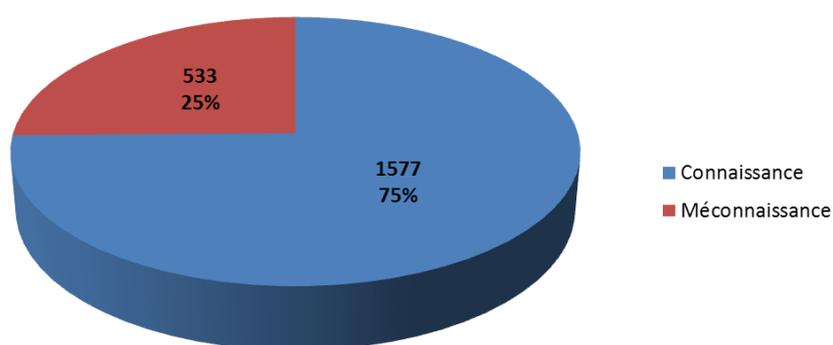


FIGURE 14 – Connaissance des EM.

Notre questionnaire prévoyait que les médecins n'ayant jamais entendu parler des EM auparavant ne poursuivent pas l'enquête. Certains d'entre eux ont néanmoins continué de répondre à nos questions. Pour la suite de nos résultats, nous avons choisi de ne pas tenir compte de ces réponses. Nous nous sommes donc intéressés aux 1577 généralistes qui ont déclaré connaître les EM.

6.3.2 Principaux moyens de diffusion

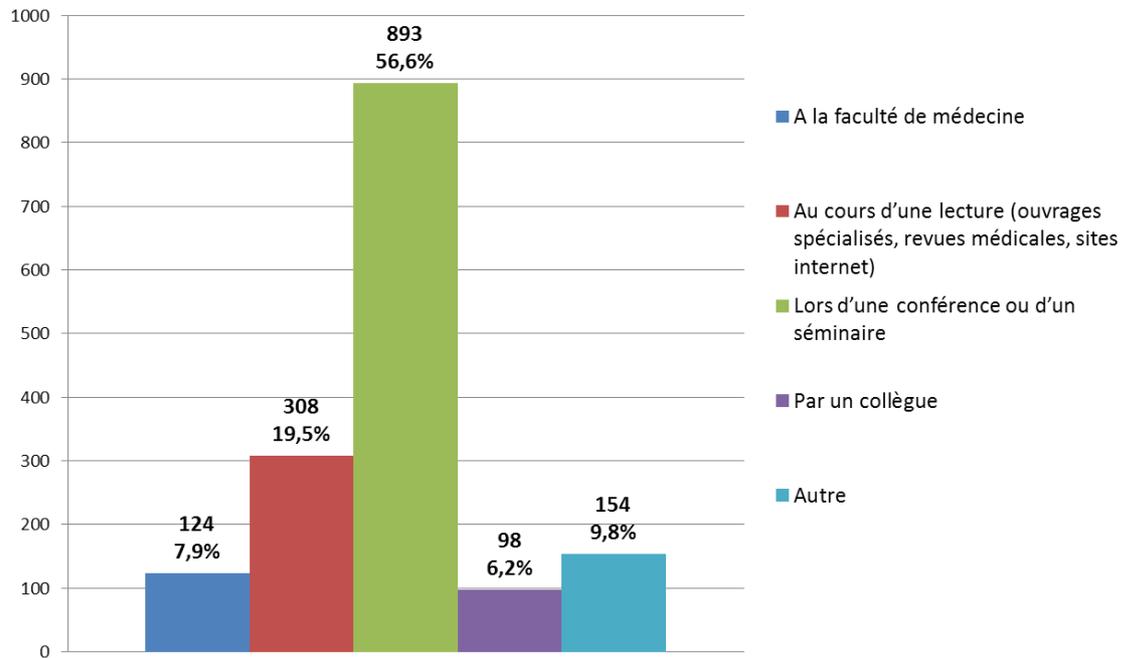


FIGURE 15 – Moyens de diffusion des EM.

Nous avons dû procéder à un retraitement logique des données de cette question. En effet, à la question « *Où avez-vous entendu parler pour la première fois des entretiens motivationnels ?* » certains médecins ont coché « *Autre* » tout en spécifiant un moyen qui entrerait dans le cadre des réponses proposées.

Parmi les 1 577 médecins qui connaissaient les EM, la grande majorité, 893 soit 56,6%, en ont entendu parler lors d'une formation spécifique de type conférence ou séminaire. 308, soit 19,5% ont eu connaissance des EM au travers de lectures personnelles (ouvrages spécialisés, revues médicales, sites internet). La faculté de médecine a été une source d'information en EM pour 124 médecins, soit 7,9%. 98 généralistes, soit 6,2% ont connu les EM par un collègue.

Les 154 médecins restants, soit 9,8% ont précisé avoir connu les EM par d'autres moyens

que ceux que nous venons de voir. Parmi eux, citons : les formations spécifiques en Thérapie Cognitive Comportementale (TCC), hypnothérapie ou Programmation Neuro linguistique (PNL), la maîtrise de stage ou l'enseignement, les réseaux diabète, alcool/tabac ou VIH, le pôle de prévention cardiovasculaire, les terrains de stage pendant l'internat (cabinet de médecine générale surtout, service de psychiatrie), les groupes Balint, la recherche bibliographique pour des travaux de thèse, ou encore le cadre familial ou associatif.

La Figure 15 résume les principaux moyens par lesquels nos confrères ont eu connaissance des EM.

6.3.3 Qui connaît les Entretiens Motivationnels ?

Tableau croisé connaissance des EM / sexe

		C'est la première fois que vous en entendez parler ?		
		Non	Oui	Total
Femme	Effectif	656	161	817
	Pourcentage	80,3%	19,7%	100,0%
Homme	Effectif	921	372	1293
	Pourcentage	71,2%	28,8%	100,0%
Total	Effectif	1577	533	2110
	Pourcentage	74,7%	25,3%	100,0%

Tableau 2: Connaissance des EM par sexe.

28,8% des hommes ont découvert pour la première fois les EM via notre enquête, contre 19,7% des femmes. Le test Exact de Fischer a montré que cette différence était significative avec $p < 0,0001$. Les femmes seraient donc plus au courant des pratiques en EM que les hommes, comme illustré Tableau 2.

Tableau croisé connaissance des EM / région d'exercice

Le test Khi-deux de Pearson a montré qu'il existait au moins une différence significative avec $p = 0,005$ mais en raison du nombre important d'entrées dans ce tableau de contingences, consultable en Annexe C.2, il nous a été impossible de savoir où elle se situait.

Ce que nous avons constaté, c'est que le Languedoc Roussillon, avec seulement 14,8% des répondants ignorant l'existence des EM, et la région Rhône-Alpes, avec 18,6%, arrivent en tête des régions où les EM semblent être le mieux diffusés.

À l'opposé, la Corse avec 54,5% des répondants qui déclaraient ne pas connaître les EM, la Bretagne avec 34,7% et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur avec 30,8% se retrouvent au bas du classement.

Tableau croisé connaissance des EM / faculté de formation

Une nouvelle fois, le test Khi-deux de Pearson a montré qu'il existait au moins une différence significative avec $p = 0,009$ mais dans ce tableau de contingence aussi, consultable en Annexe C.3, le nombre d'entrées était trop important pour savoir où cette différence se situait.

Ce que nous avons pu voir, c'est que les médecins ayant étudié à l'étranger semblent connaître davantage les EM que les médecins ayant étudié en France : seulement 11,8% d'entre eux ne connaissaient pas l'existence des EM. Les médecins formés à Montpellier, Lyon, Grenoble et Paris V sont également mieux informés (respectivement 15,7%, 16,3%, 18,1% et 19,6%). Les médecins s'étant formés à Angers, Renne et Marseille semblent être moins avertis des pratiques d'EM avec respectivement 44%, 37,3% et 36,2% des médecins issus de ces facultés qui ignoraient l'existence des EM.

Tableau croisé connaissance des EM / année d'obtention du doctorat en Médecine Générale

Le test du d de Somers a montré qu'il existait au moins une différence significative, $p = 0,039$.

27,2% des répondants ayant soutenu leur thèse entre 1970 et 1989 ont déclaré ignorer l'existence des EM, contre 22,4% des « 1990-2003 » et 23,7% des « 2004-2012 ». Ainsi, les médecins de notre enquête ayant obtenu leur doctorat entre 1990 et 2003 connaîtraient plus les EM que ceux ayant soutenu leur thèse avant 1990, comme exposé Tableau 3.

		C'est la première fois que vous en entendez parler ?		
		Non	Oui	Total
[1970-1989]	Effectif	843	315	1158
	Pourcentage	72,8%	27,2%	100,0%
[1990-2003]	Effectif	470	136	606
	Pourcentage	77,6%	22,4%	100,0%
[2004-2012]	Effectif	264	82	346
	Pourcentage	76,3%	23,7%	100,0%
Total	Effectif	1577	533	2110
	Pourcentage	74,7%	25,3%	100,0%

Tableau 3: Connaissance des EM par génération.

6.4 Utilisation des Entretiens Motivationnels

6.4.1 Pratique globale

Pour traiter au mieux cette question de notre enquête, nous avons décidé de procéder au regroupement suivant :

À la question : « Veuillez reproduire sur une échelle de 1 à 10 votre pratique subjective des EM »

- La réponse 0 équivaut à une pratique nulle des EM ;
- Les réponses 1, 2 et 3 correspondent à une pratique minimale des EM ;
- Les réponses 4, 5 et 6, à une pratique modérée des EM ;
- Les réponses 7, 8 et 9, à une pratique importante des EM ;
- Et enfin, la réponse 10 équivaut à une pratique avec aisance des EM.

Seuls 73, soit 4,7% des médecins connaissant les EM ne les pratiquent pas. 308, soit 19,6% les utilisent peu. La grande majorité, 1 128, soit 72% a déclaré avoir recours aux EM de façon modérée (597, soit 38,1%) à importante (531, soit 33,9%). Ils sont 59, soit 3,8% à les pratiquer avec aisance.

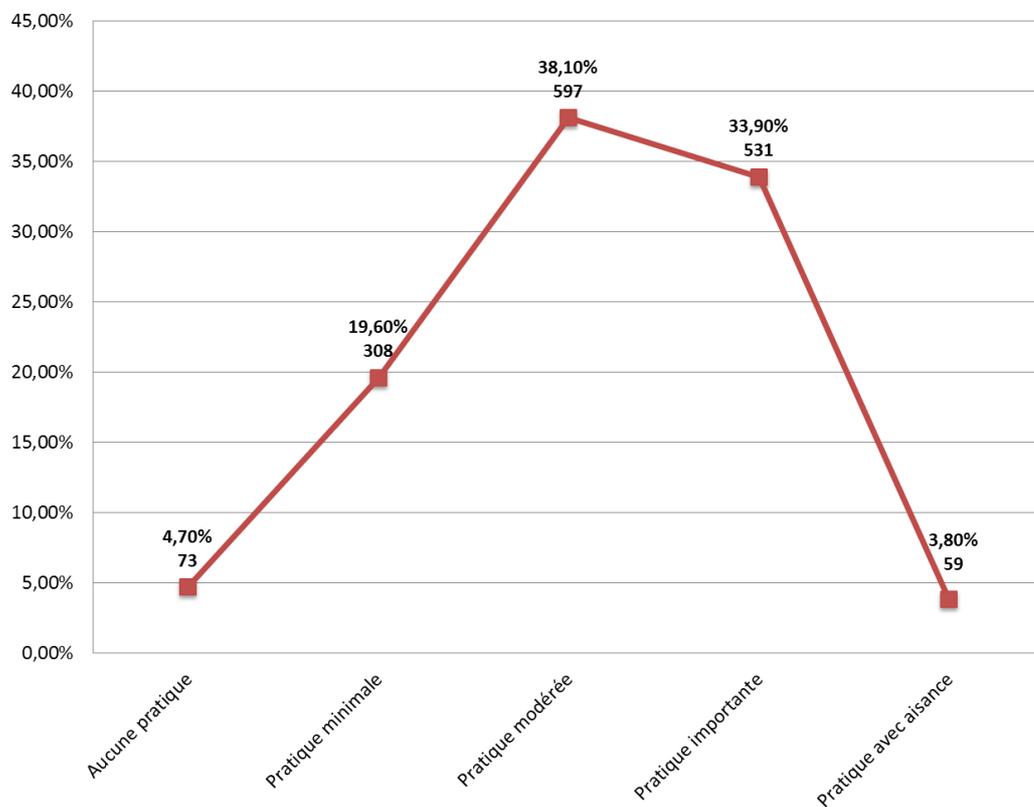


FIGURE 16 – Pratique subjective des EM.

6.4.2 Pratique spécifique de chacune des trois principales techniques

Pour chacune des trois principales techniques d'EM, nous avons effectué le même regroupement que précédemment.

La valorisation est la technique la plus pratiquée. 870 médecins, soit 57,4% l'utilisent de façon importante et 192, soit 12,7% la pratiquent avec aisance. Seuls 20 médecins, soit 1,3% n'y ont jamais recours.

Les questions ouvertes représentent la deuxième technique la plus pratiquée. 703 médecins, soit 46,3% les utilisent de façon importante et 183, soit 12% les pratiquent avec aisance. Seuls 23 médecins, soit 1,5% n'y ont jamais recours.

Les reflets sont moins utilisés que les deux techniques précédentes. 473 médecins, soit 31,5% y ont recours de façon importante. La majorité, 615 médecins, soit 40,9% utilisent les reflets de façon modérée. Seuls 78, soit 5,2% les pratiquent avec aisance. Ils sont 53, soit 3,5% à ne jamais y avoir recours. La Figure 17 dresse la pratique des EM par technique.

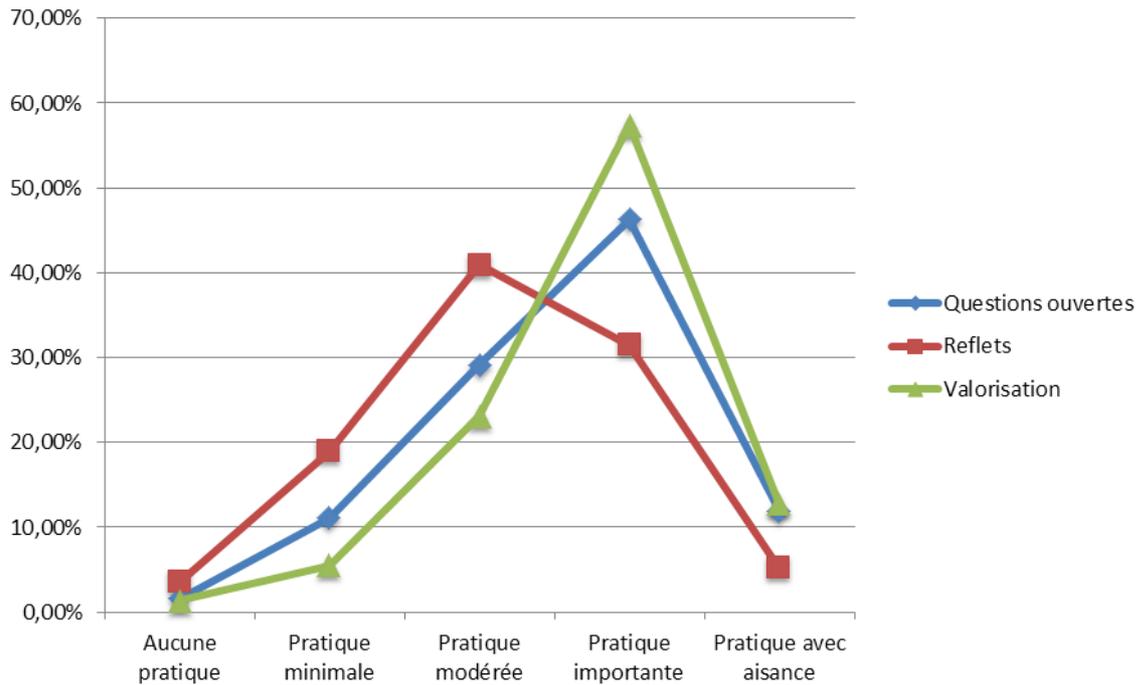


FIGURE 17 – Pratique des questions ouvertes, reflets et valorisation.

6.4.3 Utilisation inconsciente des Entretiens Motivationnels

Comme illustré Annexe C.4, parmi les 73 médecins qui ont déclaré ne pas avoir recours aux EM (même s'ils en connaissent le principe), 24 utilisent la valorisation, 23 utilisent les questions ouvertes, et 20 utilisent les reflets. Si on ne tient compte que de l'écoute réflexive, qui est la technique la plus spécifique des EM, 27,4% des médecins qui ont déclaré ne pas pratiquer les EM, y font en réalité appel, de manière inconsciente, au cours de leurs consultations.

6.4.4 Principaux domaines d'application

Les EM sont majoritairement utilisés pour le respect des règles hygiéno-diététiques (chez le patient obèse, hypertendu, diabétique ou dyslipidémique), avec 1 247 réponses, ainsi que pour les conduites addictives (tabac, alcool et autres drogues), 1 186 réponses. Ils sont également largement employés pour l'éducation thérapeutique (chez le patient atteint d'une maladie chronique), 847 réponses et pour faire face à des problèmes psychologiques, 845 réponses.

Quelques médecins ont proposé davantage de domaines d'application : le choix d'une stratégie thérapeutique et son observance, les consultations pédiatriques (guidance parentale, alimentation, sommeil), la prévention (vaccination, cancer, risques sexuels), la contraception, les troubles du sommeil, les tableaux cliniques avec plaintes chroniques et multiples (la douleur surtout), l'annonce et l'accompagnement d'une maladie grave.

23 médecins ont précisé avoir recours aux EM pour toute consultation, en dehors du cadre de l'urgence. La Figure 18 résume les principaux domaines d'application des EM.

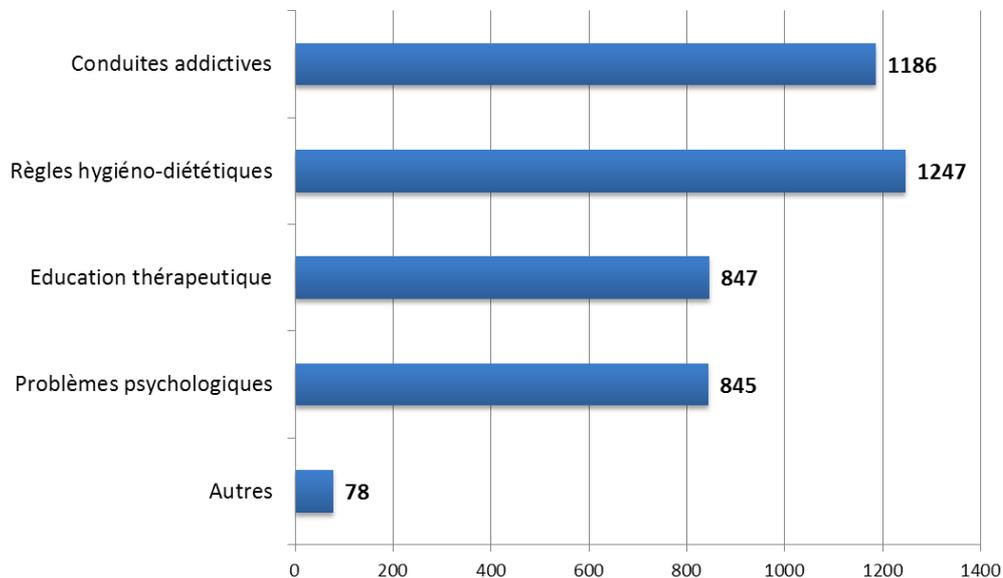


FIGURE 18 – Principaux domaines d'application des EM.

6.4.5 Qui utilise les Entretiens Motivationnels ?

Tableau croisé pratique des EM / sexe

Comme le montre le Tableau 4, les femmes ont recours aux EM avec une moyenne de 5,23/10, les hommes avec une moyenne de 5,51/10. Un test de comparaison des moyennes a montré que les hommes utilisent significativement plus les EM que les femmes, $p = 0,029$.

Sexe	Moyenne	Ecart-type	N
Femme	5,23	2,446	654
Homme	5,51	2,517	914
Total	5,40	2,490	1568

Tableau 4: Moyenne de pratique des EM par sexe.

Tableau croisé pratique des EM / région d'exercice

Les moyennes de pratique des EM dans les différentes régions de France vont de 4,50/10 pour l'Auvergne à 6,40/10 pour la Corse. Les moyennes de toutes les régions de France sont représentées Tableau 5. Un test de comparaison des moyennes a montré qu'il n'existait pas de différence significative dans ce groupe, $p = 0,324$.

Région d'exercice	Moyenne	Ecart-type	N
Alsace	5,26	2,572	139
Aquitaine	4,59	2,883	63
Auvergne	4,50	2,431	18
Basse-Normandie	4,75	2,418	24
Bourgogne	4,94	2,485	18
Bretagne	5,46	2,341	92
Centre	5,65	2,654	60
Champagne-Ardenne	5,63	2,060	19

Région d'exercice	Moyenne	Ecart-type	N
Corse	6,40	2,074	5
DOM-TOM	5,18	2,450	28
Franche-Comté	5,48	2,519	25
Haute-Normandie	5,86	2,404	36
Île-de-France	5,55	2,514	231
Languedoc-Roussillon	5,68	2,423	115
Limousin	5,50	2,714	12
Lorraine	5,11	2,721	44
Midi-Pyrénées	5,67	2,424	93
Nord-Pas-de-Calais	5,87	2,356	89
Pays de la Loire	5,21	2,441	68
Picardie	5,33	3,180	36
Poitou-Charentes	4,89	2,622	19
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5,18	2,183	173
Rhône-Alpes	5,43	2,534	161
Total	5,40	2,490	1568

Tableau 5: Moyenne de pratique des EM par région.

Tableau croisé pratique des EM / faculté de formation

Les moyennes de pratique des EM en fonction des facultés de formation vont de 4,06/10 pour les médecins formés à Clermont-Ferrand, à 6,36/10 pour les médecins formés à Angers. Le Tableau 6 représente les moyennes pour chaque faculté. Un test de comparaison des moyennes a montré qu'il n'existait pas de différence significative dans ce nouveau groupe, $p = 0,112$.

Faculté de formation	Moyenne	Ecart-type	N
AIX MARSEILLE	5,00	2,154	95
AMIENS	4,71	2,831	21
ANGERS	6,36	2,274	14
BESANCON	5,17	2,531	24
BORDEAUX	5,18	2,731	62
BREST	4,55	2,425	22
CAEN	5,24	2,606	21
CLERMONT FERRAND	4,06	2,462	16
DIJON	5,18	2,157	17
ETRANGER	5,87	2,588	15
GRENOBLE	5,37	2,614	68
LILLE	5,92	2,487	106
LIMOGES	5,64	2,274	14
LYON	5,98	2,268	85
MONTPELLIER	5,43	2,531	102
NANCY	5,05	2,695	57
NANTES	4,55	2,183	44
NICE	5,22	1,862	32
PARIS 11	6,00	2,314	32
PARIS 12	5,43	2,456	47
PARIS 13	5,53	2,412	19
PARIS 5	5,26	2,398	82
PARIS 6	5,54	2,652	78
PARIS 7	5,14	2,805	64
POITIERS	4,94	3,269	17

Faculté de formation	Moyenne	Ecart-type	N
REIMS	5,45	2,304	22
RENNES	5,90	1,832	42
ROUEN	5,67	2,464	39
SAINT ETIENNE	5,08	2,178	13
STRASBOURG	5,29	2,619	142
TOULOUSE	5,95	2,397	73
TOURS	5,55	2,766	44
Total	5,40	2,491	1529

Tableau 6: Moyenne de pratique des EM par faculté.

Tableau croisé pratique des EM / année d'obtention du doctorat en Médecine Générale

Les médecins ayant soutenu leur thèse entre 1970 et 1989 utilisent les EM avec une moyenne de 5,60/10. La moyenne est de 5,30/10 pour les médecins thésés entre 1990 et 2003, et de 4,94/10 pour ceux thésés entre 2004 et 2012. Ces résultats sont regroupés dans le tableau 7. Un test de comparaison des moyennes a montré qu'il existait une différence significative dans ce tableau, $p = 0,001$. Un test post-hoc a montré que cette différence se situait entre les groupes [1970-1989] et [2004-2012]. Les médecins thésés avant 1990 auraient plus recours aux EM que ceux thésés après 2003, $p < 0,0001$.

Année de soutenance	Moyenne	Ecart-type	N
1970-1989	5,60	2,535	839
1990-2003	5,30	2,476	467
2004-2012	4,94	2,303	262
Total	5,40	2,490	1568

Tableau 7: Moyenne de pratique des EM par génération.

6.5 Formation aux Entretiens Motivationnels

6.5.1 Principaux moyens de formation

Comme le montre la figure 19, la participation à un (ou des) séminaire(s) s'est révélé être le moyen le plus utilisé pour se former aux EM, avec 823 réponses, soit 52,2% de notre population. Vient ensuite l'autoformation (lecture d'ouvrages spécialisés, de revues médicales ou de pages internet dédiées aux EM) avec 416 réponses, soit 26,4%. 86 médecins ont déclaré avoir été formés aux EM à la faculté de médecine, soit 5,4%.

252 médecins ont cité d'autres moyens de formation : au cours des différents stages (auprès du praticien ou en service de psychiatrie), lors de formation spécifique en TCC, hypnose, ou PNL, au sein de groupe Balint, par un collègue ou encore en l'enseignant. Un tiers d'entre eux ont déclaré ne pas avoir eu recours à une formation spécifique, ayant acquis les EM par leur pratique et leur expérience personnelle.

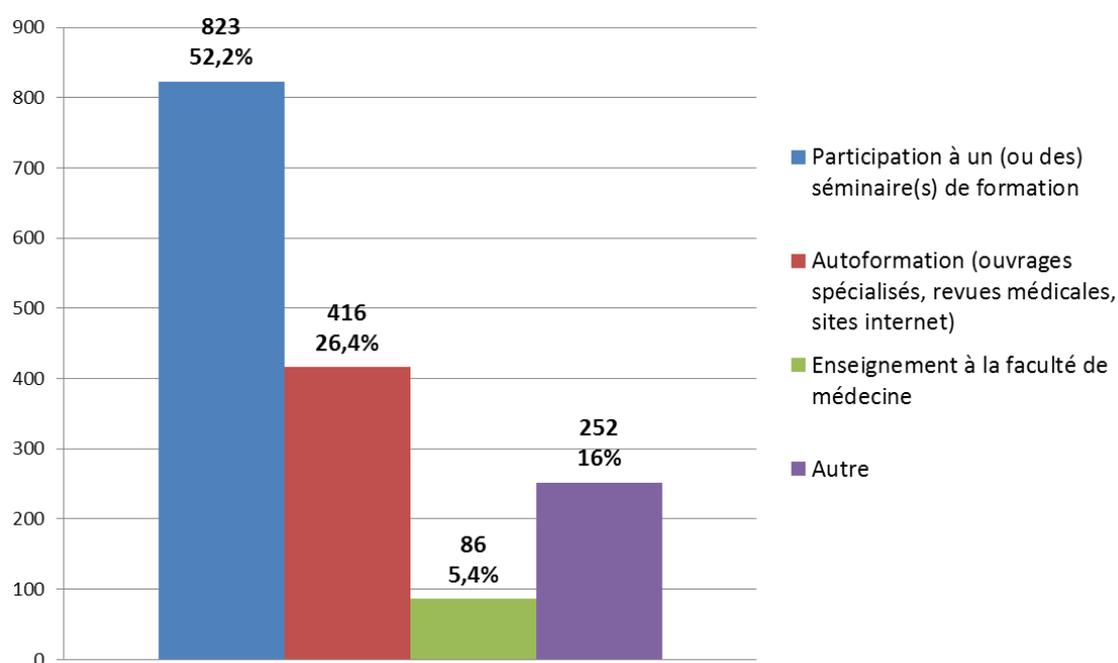


FIGURE 19 – Les principaux moyens de formation aux EM.

6.5.2 Efficacité des différents moyens de formation

Nous avons voulu vérifier si un des principaux moyens de formation sus-cités permettait une utilisation plus soutenue des EM en consultation. Pour ce faire, nous avons calculé les moyennes de pratique globale des EM pour chacun des moyens de formation proposés, excluant les réponses « Autres ». Les médecins ayant participé à des séminaires utilisent les EM avec une moyenne de 5,77/10. Cette moyenne est de 5,65/10 pour ceux ayant été formés à la faculté de médecine, et de 5,19/10 pour les autodidactes. Ces moyennes sont reportées Tableau 8.

Un test de comparaison des moyennes a montré qu'il existait une différence significative dans ce tableau, $p < 0,0001$. Un test post-hoc a montré que les médecins ayant assisté à des séminaires de formation utilisent les EM de façon significativement plus importante que les médecins autodidactes, $p < 0,0001$.

La participation à des séminaires ne permet pas une pratique des EM significativement plus soutenue qu'une formation à la faculté de médecine, $p = 0,625$.

Par quel moyen avez-vous principalement acquis (ou perfectionné) ces méthodes ?	Moyenne	Ecart-type	N
Autoformation (ouvrages spécialisés, revues médicales, sites internet)	5,19	2,222	414
Enseignement à la faculté de médecine	5,65	2,102	86
Participation à un (ou des) séminaire(s) de formation	5,77	2,210	821

Tableau 8: Moyenne de pratique par moyen de formation.

6.5.3 Rôle de la faculté de médecine

Pour contrôler si certaines facultés de médecine se démarquaient comme étant une source préférentielle de formation en EM, nous avons croisé les différentes universités représentées dans notre enquête avec les réponses donnant les enseignements proposés à la faculté comme principal moyen de formation (cf. Annexe C.5). Nous n'avons malheureusement pas trouvé de tests exploitables pour ce tableau. Nous avons pu cependant noter que certaines universités comptabilisent plus de 10% de réponses en faveur d'une formation à la faculté. Il s'agit de Paris XIIème (avec 11,9%), Limoges (10,5%), Rouen (10,3%) et Clermont-Ferrand (10%). Les universités étrangères se sont également démarquées puisque 11,8% des médecins ayant étudié à l'étranger ont cité la faculté de médecine comme principal moyen de formation en EM.

7 Discussion

7.1 Taux de réponses

9,43% des médecins interrogés ont participé à notre enquête. Nous avons espéré un meilleur résultat que celui de l'enquête alsacienne de 2011 (11,53%), dans la mesure où nous avons corrigé certaines erreurs : nous avons attendu la fin des vacances d'été pour diffuser notre questionnaire en ligne et nous l'avons assorti d'une courte séquence vidéo pour le rendre plus interactif.

Notre fichier mails, du fait de son importance (25 925 adresses), contient majoritairement des adresses de médecins généralistes en activité, mais aussi des adresses d'autres partenaires médicaux et paramédicaux. Tous n'étaient donc pas concernés par notre enquête, et ces derniers n'ont majoritairement pas pris la peine de nous le préciser par retour de mail (102 retour de mails pour ce motif).

Pour vérifier si ce résultat est satisfaisant, nous l'avons comparé aux taux de réponses d'autres enquêtes basées sur une méthodologie similaire. Nous avons sélectionné les dix dernières études effectuées dans le cadre de mémoires de Thèse ou de DES de Médecine Générale, sous la direction du Docteur Claude Bronner. La figure 20 reprend les effectifs de ces différentes investigations. Les taux de réponses varient de 1,46% à 18,48%. Ces écarts sont majoritairement dûs à l'intérêt que portent les médecins interrogés pour le sujet. Avec un taux de réponses de 9,43% notre présent travail se situe dans la moyenne.

Titre du mémoire	Type de mémoire	Auteur	Date de l'enquête	Cible	Fichier total	Fichier valide	Réponses	%
Prescription et messagerie informatisée en médecine libérale : à propos d'une enquête auprès de 2 397 médecins français en décembre 2008	Thèse	Schneider Claire	2008	France	15537	14765	2397	16,23
Les généralistes et l'hôpital : une enquête préparatoire aux auditions de la mission Larcher	Thèse	Nguyen Marie Claire	2009	France	12297	10592	534	5,04
Etat des lieux sur la pandémie de grippe A H1N1 en France à la fin Novembre 2009 questionnaire 1	DES	Loricourt David	2009	France	13000	11700	2162	18,48
Etat des lieux sur la pandémie de grippe A H1N1 en France à la fin Novembre 2009 questionnaire 2	DES	Loricourt David	2010	France	13000	11700	1701	14,54
La formation continue des médecins généralistes à l'aube du développement professionnel continu	Thèse	Cordonnier Pauline	2011	France	24077	20698	2407	11,63
Enquête sur la pratique des entretiens motivationnels dans les cabinets de médecine générale alsaciens	DES	Veit Annabelle	2011	Alsace	1648	1648	190	11,53
2011 : Quel accueil pour une nouvelle modalité de traitement de substitution des opiacés : le Suboxone questionnaire 1	Thèse	Sanglade Olivier	2011	France	25223	20178	413	2,05
2012 : Quel accueil pour une nouvelle modalité de traitement de substitution des opiacés : le Suboxone questionnaire 2	Thèse	Guison Jérôme	2012	France	25223	20178	295	1,46
Place des entretiens motivationnels dans les cabinets de médecine générale français en 2012	Thèse	Veit Annabelle	2012	France	25925	22364	2110	9,43
Le médecin généraliste et l'expertise médicale : enquête régionale de pratiques en Alsace	DES	Fischer Davina	2013	Alsace	1900	1900	164	8,63

FIGURE 20 – Taux de réponses de dix études ayant utilisé une méthodologie similaire.

Nos résultats, que nous allons à présent discuter, sont donc basés sur les pratiques de 2 110 médecins généralistes français. En 2012, la France compte 55 209 médecins généralistes en activité libérale régulière, inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins [34]. Notre échantillon représente donc 3,8% de cette population médicale.

7.2 Population

7.2.1 Âge et sexe

Concernant les deux principaux indicateurs démographiques que sont l'âge (apprécié par l'année de soutenance de la thèse, que nous avons estimée à 30 ans), et le sexe, notre échantillon est statistiquement différent de la population actuelle de médecins généralistes français. Ces résultats statistiques sont cependant à nuancer car la différence entre ces deux populations n'est que de 2 points pour le sexe et de 4 points pour l'âge. Sur un effectif important comme le nôtre, cette différence est négligeable. Nous pouvons donc estimer que notre échantillon reste assez représentatif de la population de médecins généralistes français, concernant l'âge et la répartition hommes - femmes.

7.2.2 Région d'exercice

Les 22 régions de France, ainsi que les Territoires d'Outre Mer sont représentés dans notre enquête.

Les Alsaciens ont répondu en nombre. Avec 177 réponses, soit 6,58% des généralistes alsaciens en activité, notre région est la plus représentée. Il y a plusieurs explications à ce résultat.

D'abord le fichier mail alsacien est le mieux tenu. Il y a ensuite la notoriété du Docteur Claude Bronner, président d'Union Généraliste (premier syndicat de généralistes en Alsace) et vice-président de la FMF. Il est également formateur impliqué au sein de fmc Action. Enfin, ce résultat reflète peut-être un certain degré de « chauvinisme ».

La Bretagne affiche le troisième meilleur taux de réponses (144 réponses, soit 3,21% des généralistes bretons en activité). Je me dois de le souligner car suite à la diffusion de notre questionnaire, le président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de Bretagne m'a adressé un courriel pour me faire part des dispositions légales qui encadrent ce

type d'enquête dans cette région. L'URPS souhaite en effet assurer une cohérence des actions envers les médecins de terrain et leur éviter des enquêtes non validées par le Département de Médecine Générale (DMG). J'aurais donc dû, avant de diffuser mon questionnaire, demander un accord préalable au DMG breton. Sans cet accord, ma demande n'avait pas vocation à susciter de réponses de la part des médecins généralistes bretons qui ont pourtant réagi en nombre.

7.2.3 Faculté de formation

Toutes les facultés de médecine de France métropolitaine sont représentées dans notre enquête.

L'individualisation des facultés parisiennes nous a posé problème lors du traitement de nos données. Dans l'optique de vérifier si l'une ou l'autre faculté était plus impliquée dans la formation des jeunes médecins en EM, nous avons décidé de ne pas regrouper les facultés parisiennes. Nous avons donc dû écarter les réponses donnant Paris, sans précision de l'arrondissement pour tous les calculs incluant la variable faculté. Cela correspond à 52 réponses, alors considérées comme manquantes. Cette perte de 2,5% des réponses peut sembler importante, mais comme nous le reverrons plus loin, ce choix nous a permis d'individualiser une des facultés parisiennes comme source privilégiée de formation en EM.

7.3 Diffusion des Entretiens Motivationnels

7.3.1 Vue d'ensemble

Dans notre enquête, trois quarts des médecins déclarent connaître les EM. Nous savons cependant que cette population est surestimée par un biais de recrutement certain, que nous avons espéré minimiser en rendant notre questionnaire le plus simple et le plus interactif

possible. Il est aisé de comprendre que les médecins qui connaissent les EM, et se sentent donc concernés par le sujet, répondent en priorité.

Si nous comparons les chiffres de 2012 pour la région Alsace, et ceux de l'enquête de 2011, nous nous heurtons à une différence importante. Plus de 79% des médecins alsaciens ayant répondu déclarent connaître aujourd'hui les EM. Ils n'étaient que 57% en 2011. Comment expliquer un tel écart ?

Il est peu probable qu'en une année l'information concernant les EM se soit si considérablement déployée. En revanche, les médecins réinterrogés ont déjà été sensibilisés à cette technique de communication lors de l'enquête réalisée dans le cadre du mémoire de DES. Ceux-là peuvent désormais affirmer avoir déjà entendu parler des EM.

Se pose également la question du niveau de connaissance. Les 1577 médecins qui déclarent connaître les EM, ont-ils des notions des techniques spécifiques ou bien confondent-ils les EM avec le fait d'être empathique et motivant ? Le paragraphe consacré à la pratique des techniques d'EM permettra de préciser cela.

7.3.2 Découverte des Entretiens Motivationnels

Nous avons vu qu'un quart des médecins de notre enquête ignorait jusqu'ici l'existence des EM. La présentation que nous en avons fait par courriel a convaincu certains d'entre eux de s'y intéresser. Ces derniers nous ont fait part de leurs intentions à travers leurs commentaires libres : « *Je ne sais pas les utiliser, mais la vidéo donne envie d'apprendre, quel talent !* » ; « *Je vais m'y intéresser fortement et rapidement ! Merci.* » ; « *Très intéressant ! Le patient sort de la consultation avec une dynamique positive, c'est toujours ce que j'ai recherché dans mon exercice.* » ; « *Bien que je ne connaisse pas le terme, j'ai l'impression de le faire sans le savoir, certes avec sans doute moins de rigueur, donc je suis vivement intéressé !* ».

7.3.3 On approuve ou non

Parmi les médecins qui connaissaient les EM avant de participer à notre enquête, nous avons pu individualiser deux catégories. D'abord, et c'est la grande majorité, ceux qui sont convaincus de l'utilité de cette technique de communication en consultation de médecine générale. Voici quelques unes des remarques recueillies : « *Ces méthodes sont un outil remarquable dans le lien avec le patient. Aucun d'entre eux ne résiste (au bon sens du terme) à des consultations de ce type. Bien sûr, ils se sentent plus forts, et capables d'agir, mais au-delà de cela, ils y trouvent une attention du soignant qui manque cruellement à la médecine actuelle (...). Aussi sans réaliser qu'il s'agit d'une technique, le patient qui se sent écouté, valorisé et encouragé, aura, en retour, une écoute réelle sur toutes les autres propositions du médecin : dépistage, prévention, observance thérapeutique. Cela donne une dynamique très forte à chaque consultation. Utile pour les deux intervenants qui s'essouffent moins.* » ; « *Ces techniques sont utiles presque pour toutes les consultations. Je pense que cette formation a changé profondément ma pratique. J'aimerais avoir encore plus de savoir-faire.* » ; « *Cette pratique a beaucoup changé mon exercice. Entretiens, relations plus faciles plus aisés. Gestion du stress de certaines consultations devenues moins lourdes. Meilleure équation entre la demande et l'attente du patient et la mienne ! Patient plus satisfait, plus impliqué dans son état de santé, plus actuel de sa santé et aussi plus observant si traitement décidé, et peut être même médecin moins fatigué.* » ; « *Les entretiens motivationnels ont révolutionné mon abord des patients. Je suis, ou j'étais, trop directif ce qui devait bloquer le patient au lieu de le motiver. Cette technique permet une autre approche et donne souvent de meilleurs résultats.* » ; « *Je ne comprends même pas que des confrères puissent prétendre exercer une bonne médecine autrement !* ».

La deuxième catégorie de médecins, moins importante en nombre, est représentée par ceux qui émettent une certaine méfiance vis à vis de ces techniques de communication, voire qui y

sont totalement opposés. Ils nous ont fait part de leurs réserves : « *C'est un outil intéressant, mais c'est aussi un redoutable outil de manipulation, dont il faut se méfier.* » ; « *Il existe d'autres moyens moins structurés, plus libres, moins standardisés, moins formalisés, plus inventifs : la consultation. Espace de colloque singulier où l'écoute, l'interrogatoire, l'expérience, la connaissance mutuelle permettent de se passer d'un cadre rigide.* » ; « *Je suis dubitatif sur ce genre d'usine à gaz compliquant des situations que nous abordons le plus souvent simplement avec les patients dans un climat de confiance réciproque.* » ; « *Comment acquiert-on la pratique de la relation médecin-patient ? Ça ne s'apprend pas, ça se sent. Si on ne sait pas communiquer avec ses patients, il faut changer de métier. Ne nous gargarisons pas de grands mots (Entretien Motivationnel) et dialoguons tout simplement avec nos patients. Il n'y a pas de règle ou de méthode, tout dépend de la personne assise en face de soi. Je trouve le terme "valorisation" très infantilisant pour le patient.* ».

Qu'on aime ou qu'on n'aime pas, le concept d'EM a bel et bien dépassé les frontières anglosaxonnes, depuis sa création dans les années 1980, et n'est plus réservé aux seuls psychologues ou addictologues. Notre enquête montre qu'aujourd'hui, les EM sont largement diffusés en France, notamment auprès des médecins généralistes.

Qu'en est-il alors de leur utilisation en consultation courante de médecine générale ? C'est ce que nous allons définir dans le paragraphe qui suit.

7.4 Emploi des Entretiens Motivationnels en cabinet de médecine générale

7.4.1 Niveau de pratique

Les EM sont très largement utilisés par les médecins généralistes de notre enquête. Seuls 73 des 1 577 praticiens qui connaissent les EM n'y ont jamais recours (4,7%). Quel est alors

le niveau de pratique de la grande majorité des médecins qui déclarent employer les EM ? Globalement les EM sont pratiqués à un niveau modéré à important (72% ont évalué leur pratique des EM de 4 à 9 sur 10). Sont surtout utilisées la valorisation (57,4% l'utilisent à un niveau compris entre 7 et 9 sur 10), et les questions ouvertes (46,3% les utilisent à un niveau compris entre 7 et 9 sur 10). Il s'agit des deux techniques les plus simples, et probablement les plus intuitives des EM. La pratique de l'écoute réflexive, plus complexe, est représentative de la pratique globale des EM. Les deux courbes sont quasiment identiques. Nous pouvons en conclure que notre enquête donne une vision assez juste du niveau de pratique des EM en cabinet de médecine générale, modéré à important.

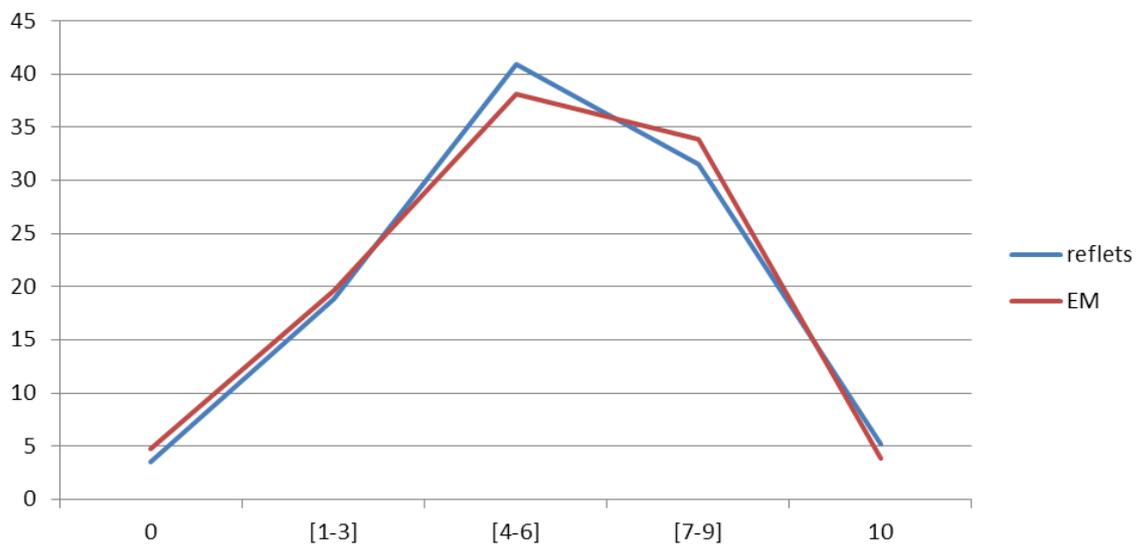


FIGURE 21 – Superposition pratique des reflets / pratique globale des EM.

Se pose malgré tout la question, déjà évoquée plus haut, de la pratique informelle des EM. Comme c'était déjà le cas dans l'enquête de 2011, et malgré notre séquence vidéo, une grande partie des médecins interrogés déclarent toujours faire des EM de façon innée, sans formation spécifique. Leur nombre est impossible à évaluer mais les multiples commentaires libres, dont voici quelques extraits, nous amènent à penser qu'il ne s'agit pas d'une exception.

« *J'ai appris que je faisais des entretiens motivationnels quand j'ai lu ce que c'était et quelle*

en était la définition. J'en faisais depuis très longtemps, et une grande partie de ma pratique se base sur ce principe. Un peu comme M. Jourdain faisait de la prose sans le savoir. » ; « Je pense faire souvent de l'entretien motivationnel sans le savoir, un peu comme M. Jourdain ... Disons que j'ai une attitude généralement emphatique, d'écoute et de déculpabilisation qui rejoint le principe de l'entretien motivationnel. » ; « Je ne connaissais pas ce terme d'entretien motivationnel, mais je suis comme Monsieur Jourdain, je les pratique sans le savoir. Tout médecin normalement constitué interroge, dialogue, conseille ses patients, c'est la base même de la relation médecin-patient. » ; « Je le fais tous les jours dans ma pratique mais j'ignorais que ce genre de consultation avait un nom particulier. Une pathologie chronique, pour qu'elle soit gérée au mieux, doit être comprise par le patient et nécessite sans cesse des répétitions et des compromis ... bref c'est de la médecine générale dans toute sa diversité ; écouter, respecter l'individu avec ses défauts, sa culture, ses envies ... accepter qu'on ne peut pas tout et que la remotivation des patients chroniques est notre lot quotidien. » ; « Cela fait partie des qualités naturelles d'un vrai soignant qui ne travaille pas seulement en technicien sans s'investir verbalement et avec conviction dans la relation avec son patient. »

À côté de ces médecins qui déclarent faire des EM comme Monsieur Jourdain faisait de la prose, il y a ceux qui se défendent de ne pas les pratiquer, tout en ayant recours aux techniques d'EM. 27,4% des médecins qui déclarent ne pas pratiquer les EM y font inconsciemment appel lors de leurs consultations en utilisant notamment l'écoute réflexive.

Ces pratiques informelles des EM soulèvent une réelle interrogation : l'intérêt d'une formation spécifique à ces techniques. Nous tenterons d'y répondre plus loin.

7.4.2 Domaines d'application

Les médecins généralistes les plus convaincus par l'utilité des EM nous confient y avoir recours pour toute consultation, en dehors du cadre de l'urgence. Se détachent tout de même

des domaines de prédilection. Les EM s'avèrent très utiles chaque fois que la prise en charge médicale devrait mener à une modification des habitudes de vie. C'est le cas des conduites addictives, du respect des règles hygiéno-diététiques et de l'éducation thérapeutique. Même si les EM restent particulièrement indiqués pour l'accompagnement des patients dépendants, notre enquête n'a fait que confirmer l'élargissement de ses champs d'action.

7.5 Lien entre connaissance et pratique

Il est évident qu'avoir connaissance d'une technique ne veut pas dire la pratiquer. Il faut bien sûr tout d'abord y adhérer ; mais existe-t-il un autre déterminant faisant passer du savoir à l'action ? C'est ce que nous avons tenté de vérifier, en étudiant de plus près qui déclare connaître davantage les EM et qui y a recours de manière plus soutenue.

Nous ne discuterons pas ici les variables « région d'exercice » ni « faculté de formation », ce pour plusieurs raisons. D'abord, il n'existe pas de différence significative concernant la pratique des EM, ni entre les différentes régions de France, ni selon les universités où nos médecins ont été formés. Concernant la connaissance des EM, nous n'avons pas pu appliquer de tests statistiques du fait du nombre trop important d'entrées dans ces tableaux de contingence. Nous avons bien mis en évidence certaines régions ou facultés où les EM étaient plus ou moins diffusés, mais ces résultats sont à pondérer du fait de l'hétérogénéité des effectifs.

Intéressons-nous donc aux deux autres variables de notre enquête : le genre et l'année d'obtention du doctorat en médecine.

Les femmes connaîtraient davantage les EM que les hommes, mais elles y auraient moins recours. Il existe là une inadéquation entre la connaissance et la pratique des EM. Les femmes sont probablement plus sensibles à ce type d'approche que sont les EM, qui permet une gestion apaisée des situations potentiellement conflictuelles. Elles y portent donc un plus grand intérêt que les hommes. Et si elles utilisaient les EM au moins autant que ces derniers ?

Cette différence pourrait simplement résulter de la tendance naturelle qu'ont les femmes de se sous-estimer. Pour vérifier cette hypothèse, nous nous sommes intéressés aux niveaux de certitude des hommes et des femmes lorsqu'ils s'auto-évaluent dans Excellencis. Il s'agit d'un outil d'auto-formation et d'auto-évaluation original et ludique accessible en ligne. Créé en Belgique en 2004, Excellencis existe déjà dans une dizaine de pays et est utilisé par plus de 15 000 consoeurs et confrères de par le monde. En Belgique, ce dispositif est agréé par le Ministère de la Santé publique et les instances régissant la Formation Médicale Continue obligatoire. Chaque module accessible via la plateforme Excellencis comporte dix questions, chacune avec un choix de niveau de certitude. La figure 22 montre les moyennes des scores de certitude par grande pathologie et par sexe pour les généralistes belges francophones et néerlandophones, utilisateurs d'Excellencis. Le constat est édifiant : les femmes sont plus modestes que les hommes. La différence de pratique des EM entre ces derniers ne serait donc que le résultat d'une différence d'auto-appréciation manifeste.

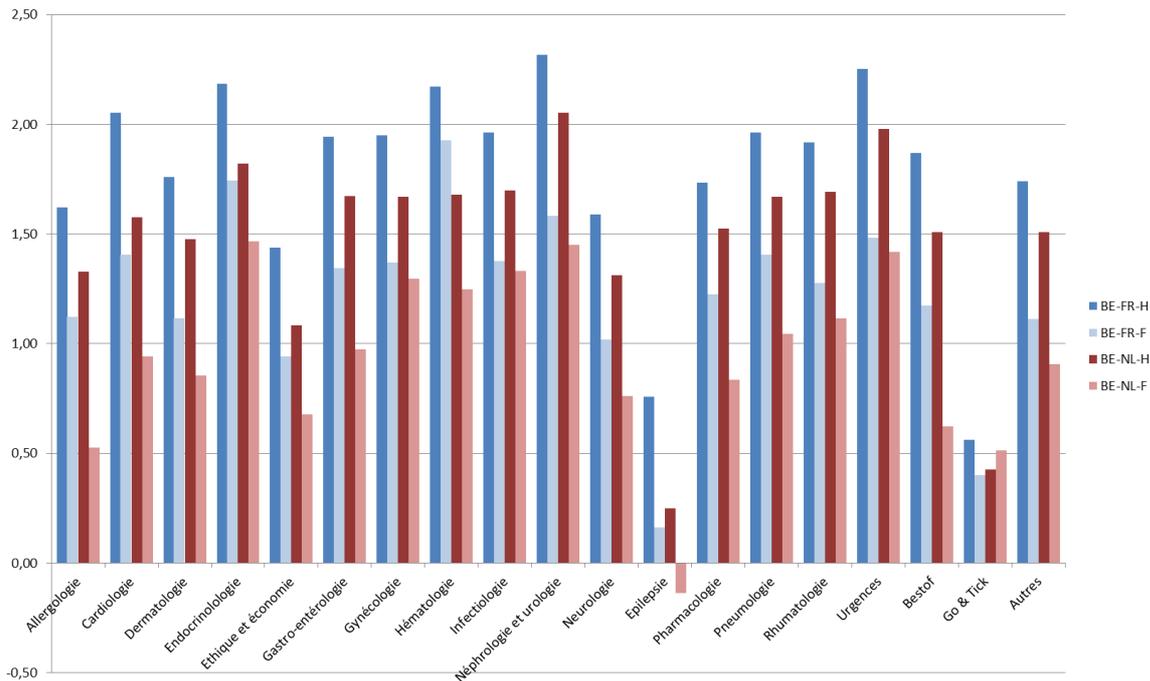


FIGURE 22 – BE-FR-H : Belges francophones hommes ; BE-FR-F : Belges francophones femmes ; BE-NL-H : Belges néerlandophones hommes ; BE-NL-F : Belges néerlandophones femmes. $n > 200\ 000$ modules répondus, toutes pathologies confondues.

Les médecins thésés entre 1990 et 2003 auraient plus connaissance des pratiques en EM que les autres générations. L'apparition des EM coïncide avec le début d'activité libérale de ces généralistes, ce qui pourrait expliquer leur engouement pour cette nouvelle technique de communication. Rappelons ici quelques dates clés : 1991, parution du premier livre co-écrit par William Miller et Stephen Rollnick ; 1997, création du MINT ; 2003, naissance de l'AF-DEM ; 2004, le Docteur Bronner débute en tant que formateur en EM au sein de fmc Action. Ce sont néanmoins les médecins thésés entre 1970 et 1989 qui pratiqueraient le plus les EM. Bien sûr, ils bénéficient de plus d'années d'expérience et la pratique des EM s'en trouve alors plus aisée. Mais comme plus haut, nous devons pondérer ce résultat car l'appréciation de sa propre pratique reste individuelle et purement subjective.

Regardons maintenant s'il existe une relation positive entre formation spécifique en EM et pratique de ces derniers.

7.6 Lien entre formation et pratique

7.6.1 Une formation est-elle indispensable ?

La question de la nécessité d'une formation spécifique aux EM a été soulevée à plusieurs reprises tout au long de notre discussion. Si on regarde de plus près les commentaires libres laissés à ce sujet, on distingue deux groupes avec des avis diamétralement opposés.

Le premier groupe affirme que l'empathie, l'écoute et l'attention, principes fondamentaux des EM, sont des qualités que tout bon médecin devrait avoir, et cela ne s'apprend pas. Citons les : « *C'est ma pratique quotidienne. Je ne savais pas qu'il y avait des formations à cela car pour moi c'est logique de procéder ainsi.* » ; « *Les entretiens motivationnels, ne serait-ce pas comme la prose de M. Jourdain ? Questions ouvertes, écoute attentive et respectueuse, valorisation de l'interlocuteur, ne sont-elles pas la base minimale de toute relation d'aide ?* » ; « *N'est-ce pas ce que font beaucoup de généralistes, de manière naturelle, après quelques années de pratiques ?* » ; « *La relation positive avec son patient ne s'apprend pas ni en faculté, ni dans les livres, ce doit être inné.* » ; « *Ce que l'on appelle les entretiens motivationnels font partie intégrante d'une consultation de médecine générale et dans beaucoup de domaines, sans forcément avoir besoin d'un apprentissage spécifique, le médecin connaît ses patients de longue date et le dialogue, exemple de la vidéo, est un fait naturel de consultation au cabinet médical. L'empathie, l'écoute, le reflet, la motivation nécessite-t-ils réellement une formation ? Tous médecins exercent déjà sans le savoir ce type d'échange, rien de pratique pour le généraliste ne s'apprend à la fac et surtout pas son aptitude à dialoguer naturellement avec ses patients. Pourquoi absolument vouloir donner un nom à ce type d'échange ?* »

En médecine, certaines croyances sont répandues et persévèrent dans le temps malgré l'accumulation de données probantes contraires. Ainsi, on continue d'entendre que savoir communiquer est une compétence qui est déjà acquise quand l'étudiant arrive à la faculté de médecine. Bien sûr, nous avons tous appris à parler et à converser, mais nous n'avons pas maîtrisé la conversation professionnelle à l'entrée à l'Université. Aussi, beaucoup limitent le fait de communiquer à l'écoute avec une oreille hypertrophiée et à l'expression d'empathie. Ces deux éléments font partie de la communication professionnelle mais il y en existe d'autres.

Le deuxième groupe soutient que si l'on veut pratiquer les EM avec aisance, une formation spécifique est indispensable. Elle permettrait de mieux structurer cette approche de nos patients. Voici ce qu'ils pensent : « *Une formation est indispensable pour bien manier les EM. Ces techniques sont vraiment une aide en médecine générale.* » ; « *J'ai redécouvert une nouvelle relation avec mes patients grâce à l'entretien motivationnel... je continue à me former régulièrement et cela enrichit énormément ma pratique quotidienne.* » ; « *C'est un changement d'habitude, qui ne se fait pas forcément facilement, il est bon d'en entendre parler régulièrement pour s'y replonger.* » ; « *Après une première formation pour intérêt personnel j'ai eu envie de perfectionnement par de multiples séminaires puis j'ai progressé en le pratiquant quotidiennement.* » ; « *J'ai pu acquérir cette compétence lors de formations organisées par la profession, puis la transmettre comme maître de stage. Comme souvent dans le champ de la communication beaucoup de soignants croient que ces démarches sont naturelles, or leur apprentissage, leur théorisation en renforce la validité et en autorise la transmission.* » ; « *Même si certaines postures comme l'empathie sont intuitives dans la pratique de la médecine, des formations à l'entretien motivationnel sont extrêmement bénéfiques.* »

Notre enquête s'accorde avec ce deuxième groupe. Rappelons que les médecins ayant participé à des séminaires utilisent les EM avec une moyenne de 5,77/10. Cette moyenne est de 5,65/10 pour ceux ayant été formés à la faculté de médecine, de 5,19/10 pour les autodidactes et de 4,40/10 pour ceux n'ayant pas eu recours à l'un des moyens de formation proposés. Les

généralistes ayant assisté à des séminaires de formation ou des cours dispensés à la faculté utilisent les EM de façon plus importante que les médecins autodidactes ou ceux déclarant avoir acquis les EM par expérience personnelle.

Les réponses à l'un des autres items de notre questionnaire viennent appuyer ce constat. Nous avons interrogé les médecins qui ne pratiquent pas les EM sur les freins à cette utilisation. L'une des principales raisons citée est le manque de formation proposée dans ce domaine.

Tout nous mène donc à croire qu'une formation spécifique est indispensable à une utilisation juste et aisée des EM. Mais quelles formations sont proposées et lesquelles mériteraient d'être plus développées ?

7.6.2 Rôle des universités dans cette formation

L'objectif secondaire de notre enquête est de comprendre par quels moyens les généralistes ont eu connaissance des EM, et par quels moyens, ceux qui le désiraient s'y sont formés. Les réponses à ces deux interrogations peuvent être regroupées ici comme elles sont du même ordre de grandeur.

Largement en tête, sont cités les séminaires de formation dédiés aux EM (52,2%). L'autofor-
mation tient également une place importante puisque 26,4% des médecins interrogés se sont formés aux EM à travers la lecture d'ouvrages spécialisés, de revues médicales ou de pages internet traitant de cette technique de communication. En bon dernier arrive l'enseignement à la faculté de médecine (5,4%). Nous faisons ici le même constat que lors de notre enquête alsacienne de 2011 : très peu de médecins ont eu connaissance des EM puis s'y sont formés lors de leurs études médicales. Nombreux sont ceux qui le déplorent et nous en font part à travers leurs commentaires libres : « *Les études forment très peu au relationnel ! Les étudiants sont formés comme des scientifiques, ils découvrent au cours des stages chez le médecin généraliste que la pratique quotidienne est assez éloignée de ce à quoi ils sont préparés...* » ; « *La*

formation à la communication est essentielle et malheureusement oubliée lors des études de médecine. » ; « L'entretien motivationnel n'est pas enseigné au cours de nos études et notamment de la filière médecine générale ce qui est regrettable car cela semble être un outil très utile pour prendre en charge nos patients sans s'épuiser à leur place ! » ; « Je trouve cette démarche essentielle, malheureusement non enseignée à la fac. Dommage qu'il faille le découvrir et entreprendre des formations supplémentaires après. » ; « Il est inconcevable qu'on ne fasse pas bénéficier les étudiants en médecine de cet enseignement. »

Dans le cursus médical, il existe actuellement un déficit en formations structurées permettant de travailler la communication avec le patient, les EM ne représentant qu'une des potentialités existantes. Il est vrai qu'en médecine, le parcours est déjà extrêmement chargé de connaissances à apprendre et d'habiletés techniques à maîtriser, et lorsque des enseignements à la communication sont présents, ils sont souvent théoriques, isolés et brefs.

Pour tenter de remédier à cette situation, un colloque s'est tenu le samedi 12 mai 2012, à la faculté de médecine de Créteil, avec comme principal objectif d'aider les enseignants et les professionnels qui le souhaitent à construire ou à améliorer le contenu et la forme de leurs formations en communication en santé. Organisé par le Département de Médecine Générale de la Faculté de médecine de Créteil, la Conférence des Doyens des facultés de médecine et le Collège National des Généralistes Enseignants, il avait pour intitulé : « Enseigner, à tous les médecins, la communication professionnelle avec les patients : un enjeu fondamental pour la qualité des soins. »[35]

Il y a été rappelé notamment que le Ministère de l'Enseignement Supérieur souhaite intégrer dès le 2ème cycle, cette sensibilisation à la communication. Des textes devraient rapidement voir le jour, de manière à ce que dans les UFR, cet aspect de la formation médicale soit pris en compte. Il y a déjà des Universités dans lesquelles cette formation est présente, mais l'idée, c'est au travers d'un texte national de faire que l'ensemble des Universités fasse l'effort nécessaire dans ce domaine.

Revenons sur la méthode de communication qui fait l'objet de ce travail : les EM. Notre enquête a mis en évidence plusieurs facultés davantage citées comme source de formation en EM. Il s'agit des facultés étrangères, des universités de Rouen, Limoges, Clermont-Ferrand et Paris Est Créteil (anciennement Paris XII). Afin de vérifier si ces universités proposent effectivement une formation spécifique en EM, j'ai contacté leur Département de Médecine Générale respectif. Voici ce que nous avons appris. À Rouen, des enseignements dirigés concernant tous les internes, abordent les principes de l'EM et sont dispensés par petits groupes depuis maintenant six ans. À Limoges, un enseignement de quelques heures au cours du troisième cycle de médecine générale est consacré à l'EM. À Clermont-Ferrand deux DU, TTC et Education Thérapeutique du Patient (ETP), abordent les grandes lignes de l'EM. Ces DU sont par ailleurs proposés dans la majorité des facultés de médecine en France. À Paris Est Créteil, il existe depuis plusieurs années une formation initiale des internes à la communication médicale.

D'autres Universités non mises en évidence par notre enquête, proposent une formation spécifique en EM. Citons par exemple la faculté de Montpellier où un DU « Entretien Motivationnel » a été créé en 2011 ; la faculté de Tours où la maîtrise des EM fait partie des compétences requises à l'attribution du DES de Médecine Générale, la faculté de Nancy où un séminaire « alcool - tabac » propose des jeux de rôle en EM.

Concernant les facultés étrangères, ce sont des médecins allemands et néerlandais qui affirment, dans notre enquête, avoir reçu un enseignement sur les EM à l'université. À notre connaissance, les EM ne sont pas particulièrement répandus dans ces pays, du moins pas comme ils le sont au Canada par exemple où la Chaire d'enseignement de l'Université de Montréal s'implique activement dans le développement et la diffusion de cours interactifs et d'ateliers pratiques sur les EM.

En définitive, l'Université a un rôle important à jouer dans la formation des jeunes médecins à la communication professionnelle avec les patients. La révolution est en marche, à nous de

faire en sorte qu'elle se poursuive.

Pour terminer cette discussion, nous allons nous intéresser aux principaux freins rencontrés par nos généralistes, à l'utilisation des EM dans leur cabinet, et pourquoi pas, essayer d'y trouver des solutions.

7.7 Principaux freins aux Entretiens Motivationnels en pratique courante de médecine générale

Nous l'avons vu, il existe majoritairement un réel enthousiasme des médecins généralistes pour la pratique des EM. Malgré cet engouement, et même si leur utilisation est large, elle reste encore timide. Nos généralistes sont en effet freinés par quelques faits qu'ils ont bien voulu nous exposer.

7.7.1 Le manque de temps et de reconnaissance

Même si la plupart affirme qu'avoir recours aux EM ne rallonge pas nécessairement la durée des consultations, ils sont nombreux à soulever le problème du manque de temps. De nombreux formateurs en EM sont des psychologues, qui présentent une application longue et très complète de ces entrevues. Les EM ont cependant été adaptés à la médecine générale et à ses contraintes de temps, comme nous avons voulu le démontrer dans ce mémoire. La vraie difficulté sous-jacente est en fait le manque de reconnaissance de notre travail : « *Il faudrait pouvoir y consacrer plus de temps lors des consultations, mais il y a de plus en plus de tâches non médicales chronophages envahissantes : certificats en tous genres, gestion (CPAM, fiscalité, etc...), convocations abusives et inadéquates par le Conseil de l'Ordre, maintenance informatique, intrusions téléphoniques, et depuis peu le coup de la mention manuscrite "non substituable", et j'en oublie.* » ; « *Ce qui est difficile, c'est qu'il faut laisser le temps au patient*

de réfléchir et de répondre ... Mais au bout de 30 ans de médecine générale, si je ne vois certains patients que tous les 3 mois, j'ai tellement de choses à aborder avec lui ou avec elle, que la consultation dure forcément au moins trente minutes et là, je touche du doigt le problème de la reconnaissance de mon travail ... » ; « De façon intuitive, dans le cours de toutes les consultations, j'ai l'impression d'utiliser une partie de ces techniques. La mise en pratique formulée me paraît, en revanche, inapplicable dans le cadre de la médecine générale que je pratique, car elle nécessite du temps rémunéré, et on est loin de s'engager dans cette direction. » ; « La pratique de cet entretien est souvent chronophage, difficile à intégrer dans une pratique basée sur le paiement à l'acte, quand il n'y a pas d'acte qui rende compte de l'investissement et du temps nécessaire pour ce type de consultation, qui souvent n'est en plus qu'une partie de l'acte de médecine générale. Le patient ne comprendrait que difficilement que l'on consacre une consultation uniquement à l'entretien sans, dans le même temps, faire un examen clinique complet, une prescription médicamenteuse nécessitant également un temps d'explication lorsqu'elle n'est pas le centre de l'entretien motivationnel, veiller à être à jour dans les différents actes de prévention et de dépistage, et répondre à d'éventuelles souffrances concomitantes, etc ... » ; « Il existe une ambivalence entre l'EM et la nouvelle convention avec le paiement à la performance. Le chemin est beaucoup plus long avec (je l'espère) un meilleur résultat, mais à très long terme. »

Quelques parades simples à cette course au temps et aux actes peuvent être mises en oeuvre. Les outils motivationnels une fois maîtrisés, sont facilement utilisables au quotidien sans forcément pratiquer un véritable EM. Il est également possible de réserver quelques créneaux horaires sur rendez-vous, dédiés aux EM. Ou encore de créer une consultation spécifique annuelle pour toutes les pathologies le justifiant (addiction, asthme, diabète, obésité, etc). Reste alors toujours le problème de la valorisation financière de ce temps. Comme l'a suggéré l'un de nos confrères, peut-être devrions-nous essayer les EM avec la Sécurité Sociale...

7.7.2 Le manque de formation

Nous en avons longuement parlé dans le paragraphe précédent, la mise en oeuvre aisée des EM nécessite d'avoir eu recours à une formation spécifique et de les pratiquer régulièrement. Ceci n'est pas toujours accessible, et est déploré par de nombreux médecins : « *Manque d'outils illustratifs concrets, insuffisance de maîtrise de la technique.* » ; « *Deux heures de cours de relation soignant-patient en médecine pour 10 ans d'études, effectuées par un médecin généraliste aux étudiants d'un stage de cancérologie, c'est bien peu ...* » ; « *Malheureusement trop peu de formation aux techniques de communication dans notre métier.* »

La pratique des EM demande un changement d'habitude, qui n'est pas aisé. Il est bon d'en entendre parler régulièrement pour s'y replonger. L'idéal, nous l'avons vu, serait de proposer cet enseignement dans le DES de Médecine Générale et de l'assortir d'une formation médicale continue. La pratique faisant le reste.

7.7.3 L'inadéquation avec l'attente de certains patients

Une autre difficulté d'application, moins évidente, tient à nos patients eux-mêmes, non obligatoirement familiarisés à ces techniques. « *Les patients sont parfois déconcertés par cette façon de faire, preuve qu'ils n'y ont pas été habitués par le passé. Passé le cap de la surprise, ils sont enchantés de la qualité d'écoute.* » ; « *De nombreux malades assistés se déchargent de tout effort et sont peu accessibles à ces entretiens.* » ; « *Certains veulent la pilule miracle et pas se mettre à nu!* » ; « *Certains patients se font eux-mêmes leur idée sur internet et croient savoir. Ils ne viennent plus chez le docteur "qui sait" mais pour obtenir ce qu'ils pensent savoir.* » ; « *Il faut un certain niveau d'éducation. Je travaille dans un milieu socio-économique bas, avec beaucoup de patients non francophones et parfois ne sachant pas lire.* » L'un de nos confrère nous dresse sa façon de faire, qui semble transposable avec de très nombreux patients : « *Pour moi il faut avant tout préparer ces entretiens en les annonçant à*

l'avance et en les évoquant progressivement dans un véritable travail de communication lissé sur plusieurs consultations. Les résultats sont bien meilleurs ainsi, les patients finissant par s'attendre à recevoir le message du thérapeute. L'efficacité de la sollicitation et la levée des barrières auprès du patient sont grandement améliorées. Reste alors à assurer la pérennisation des efforts du patient lors des consultations ultérieures par "touches de rappel" faites avec empathie et ton professionnel positif et sympathique. »

7.7.4 Le maintien des habitudes

Le dernier frein évoqué par nos médecins généralistes, et sans doute le plus difficile à combattre, reste le maintien des habitudes : « *C'est très difficile et il faut souvent se remettre en question. C'est un abord thérapeutique nouveau, qui a sa place, et qui est efficace. Il faut y penser, et le faire.* » ; « *Reflexe de l'exercice médical classique !* » ; « *Après un séminaire, une FMC, on s'y remet motivé, mais à la longue on retombe dans la routine et l'oubli. On repart et on recommence si on se sent en échec ...Rien que de répondre à ce questionnaire va me réveiller.* »

Enfin, la mise en oeuvre de ces entretiens dépend beaucoup de notre propre motivation !

8 Conclusions

Les aspects communicationnels et relationnels constituent une dimension essentielle de toutes les activités cliniques des professionnels de santé. C'est le cas pour le médecin généraliste, spécialiste de premier recours qui coordonne la prise en charge du patient, permet la continuité des soins et développe une démarche de santé publique. En mettant à profit la connaissance et la confiance qui découlent des contacts répétés, le médecin généraliste intègre les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle de ses pa-

tients, pour une prise en charge de qualité.

Malheureusement, ces dernières années, plusieurs travaux ont dévoilé les carences des professionnels de santé en matière de compétences communicationnelles et relationnelles, comme le reconnaissent ces derniers et peuvent parfois en attester les patients.

Remplir le contrat de soins signifie, au quotidien pour le professionnel de santé, améliorer sa communication avec le patient afin qu'ils s'accordent pour une meilleure prise en charge thérapeutique.

En ce sens, l'Entretien Motivationnel, objet de notre travail, permet cette approche différente du patient.

Cette méthode d'influence anglo-saxonne connaît depuis peu un réel développement en France. Rappelons qu'il s'agit au départ, d'une approche d'intervention en addictologie mais son potentiel peut être élargi à toutes les pathologies chroniques et situations dans lesquelles le changement est un critère fondamental de succès thérapeutique. Citons parmi tant d'autres, le diabète, l'hypertension, la dyslipidémie, la sédentarité, l'obésité, le tabagisme, les problèmes psychologiques, toutes ces situations qui font le lot quotidien du médecin généraliste. Quelle est alors la place actuelle des Entretiens Motivationnels dans les consultations de médecine générale ? Des éléments de réponses ont été apportés par une première étude, régionale, menée en 2011 dans le cadre de mon mémoire de DES. Les généralistes alsaciens ayant recours aux EM avaient répondu en nombre, nous laissant croire que cette récente méthode de communication s'était déjà fait une place de choix en médecine de ville. Ce résultat est en réalité à nuancer car notre étude comportait un important biais de recrutement.

Pour ce travail de thèse, nous avons voulu affiner ces résultats en élargissant notre étude à l'ensemble du territoire national. Afin d'encourager un maximum de médecins à répondre à notre enquête et pour minimiser le biais auquel nous avons été confronté en 2011, nous avons adressé par voie électronique, à près de 26 000 médecins généralistes français, un questionnaire court assorti d'une vidéo décrivant à partir d'un entretien filmé ce qu'est la technique

de l'EM.

Nous avons ainsi obtenu 2 110 réponses. Les médecins qui déclarent connaître la technique d'EM restent sur-évalués, puisqu'ils représentent la grande majorité, soit 75% de l'effectif total. Notre étude semble tout de même indiquer une diffusion significative des EM auprès des généralistes français. Même si certains émettent encore quelques réticences à leur utilisation c'est souvent avec un réel engouement que cette méthode est abordée. Notre séquence vidéo a par ailleurs permis à plusieurs de nos confrères de découvrir le concept d'EM et par la suite de s'y intéresser vivement.

Ce n'est pas tout d'avoir connaissance d'une technique, encore faut-il la maîtriser afin que cela devienne un état d'esprit qui s'impose de façon naturelle en consultation. La pratique actuelle (et subjective) des EM est, en consultation courante de médecine générale, modérée à importante (de 4 à 9 sur une échelle d'évaluation de 10). La valorisation et les questions ouvertes sont les deux techniques les plus utilisées, ce sont également les plus intuitives. L'écoute réflexive, compétence la plus importante et la plus exigeante des EM, est employée avec plus de modération.

Quoiqu'en disent certains de nos confrères, si l'intuition tient une place importante dans notre relation aux patients, la mise en oeuvre des EM nécessite une formation spécifique. Plusieurs résultats de notre enquête s'accordent sur ce point. Nous avons d'une part montré que la participation à une conférence ou un séminaire sur le thème des EM permettait une pratique plus soutenue de ces derniers. D'autre part, l'absence de formation est l'un des deux principaux freins cités à l'utilisation des EM.

La Formation Médicale Continue dédiée aux EM semble relativement bien développée en France puisqu'elle représente le premier recours pour les médecins désireux de se former à ces techniques.

En revanche, notre enquête a révélé une insuffisance des enseignements sur le thème des EM (ou toute autre méthode de communication visant à améliorer la relation médecin-patient)

dans notre cursus universitaire. L'enseignement à la faculté de médecine n'a permis qu'à un peu plus de 5% des généralistes de notre étude de se former aux EM. Nous ne connaissons pas les circonstances de cette formation, mais nous pouvons penser, comme cela a été le cas pour moi, que ces médecins ont été initiés au contact d'un maître de stage habitué à l'utilisation de cette technique. En effet, rares sont les facultés qui proposent des enseignements théoriques spécifiquement consacrés aux EM, et quand ces enseignements sont proposés, ils ne le sont que depuis tout récemment.

Prenons pour exemple la faculté de médecine de Strasbourg. Les EM sont évoqués au cours de l'enseignement théorique du DES de Médecine Générale, dispensé aux internes de 4ème semestre et intitulé : « *Développer ses compétences pour conseiller les patients dans les comportements à risque ou à bénéfice sanitaire. Mettre en oeuvre les partenariats disponibles* ». Une formation optionnelle d'une journée sur l'Éducation Thérapeutique du Patient, proposée aux internes de Médecine Générale, dresse un rapide survol des grands principes de l'EM. Depuis la rentrée 2011-2012 a été mis en place un DU en ETP qui consacre une journée à l'enseignement des techniques d'EM.

Tout ceci constitue incontestablement un premier effort pour la formation des étudiants en communication professionnelle, mais il reste perfectible. Il s'agit d'une priorité pour tous les Départements de Médecine Générale de France, comme l'a souligné le colloque qui s'est tenu le samedi 12 mai 2012, à la faculté de médecine de Créteil : « *Enseigner, à tous les médecins, la communication professionnelle avec les patients : un enjeu fondamental pour la qualité des soins* ».

Notre enquête a mis en évidence un second frein à la pratique des EM par nos confrères généralistes : le manque de temps, sous-entendu, le manque de reconnaissance de notre activité professionnelle. Il n'est pas toujours facile de dégager le temps nécessaire à la première étape de toute consultation : écouter et entendre nos patients. Les journées des médecins généralistes sont gouvernées par une course à l'acte inévitable pour faire face principalement

aux besoins croissants des patients, mais aussi aux nombreuses charges ou autres cotisations. Ces journées au rythme soutenu sont trop souvent interrompues par des tâches administratives diverses et chronophages. Une modification de la nomenclature des actes en faveur de consultations plus longues pourrait contribuer à la reconnaissance de ce que nous faisons au quotidien. Toutefois, n'oublions pas que nous pouvons faire court et motivationnel, notamment en médecine générale où le patient revient régulièrement, ce qui permet d'étaler la prise en charge dans le temps.

Intégrer l'EM dans sa pratique revient à découvrir qu'on dispose d'une corde de plus à son arc, qui permet d'atteindre une cible particulièrement importante en santé publique aujourd'hui : l'amélioration des comportements de santé, qui influencent de façon si déterminante la longévité et la qualité de vie.



Références

- [1] Société Française de Médecine Générale. Dictionnaire des résultats de consultation en Médecine Générale. Pralon Graphic 2010 ; 66-70.
- [2] Sommer J, Rieder-Nakhlé A, Gache P. L'intervention brève motivationnelle au cabinet du médecin de premier recours. *Revue Médicale Suisse* 2007 ; 3(126) : 2162-6.
- [3] Miller WR, Sovereign RG, Krege B. Motivational interviewing with problem drinkers : II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy* 1988 ; 16 : 251-268.
- [4] Bien TH, Miller WR, Boroughs JM. Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1993 ; 21 (4) : 347-356.
- [5] Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking : A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993 ; 61 : 455-461.
- [6] Miller WR, Brown JM, Simpson TL, Handmaker NS, Bien TH, Luckie LF, et al. What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In : Hester RK, Miller WR Eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches : Effective Alternatives*, 2nd Ed. Boston : Allyn and Bacon, 1995 ; 12-24.
- [7] Noonan WC, Moyers TB. Motivational Interviewing : a review. *Journal of Substance Misuse* 1997 ; 2 : 8-16.
- [8] Hettema J, Steele J, Miller, WR. Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology* 2005 ; 1 : 91-111.
- [9] Project Match research group. Project Match secondary a priori hypotheses. *Addiction* 1997 ; 92 (13) 1671-1698.
- [10] Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing : preparing people to change addictive behavior*. New York : Guilford Press, 1991.

- [11] <http://www.motivationalinterview.org/>, vérifié le 24/02/2013.
- [12] <http://www.entretienmotivationnel.org/>, vérifié le 24/02/2013.
- [13] Miller WR, Rollnick S, Lecailler D, Michaud P. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. Paris : InterEditions-Dunod, 2006.
- [14] Miller WR, Rollnick S. Pratique de l'entretien motivationnel : Communiquer avec le patient en consultation. Paris : InterEditions-Dunod, 2009.
- [15] Fortini C, Daepfen JB. Revue Santé Mentale 2012 ; 126 : 37-41.
- [16] Gache P, Fortini C, Meynard A, Reiner Meylan M, Sommer J. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. Revue Médicale Suisse 2006 ; 2 (80) : 2156-62.
- [17] DiClemente CC, Prochaska JO. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change : Stages of change and addictive behaviors. In : Miller WR, Heather N, eds. Treating addictive behaviors, 2nd ed. New York : Plenum, 1998.
- [18] Janis IL, Mann L. Decision Making : A Psychological Analysis of Conflict, Choice, and Commitment. Macmillan USA, 1979.
- [19] Rossignol V. L'Entrevue Motivationnelle : un guide de formation. Programme de recherche sur les addictions, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, Montréal 2001.
- [20] Rogers C. La relation thérapeutique : les bases de son efficacité. Bulletin de Psychologie 1963 ; 17 : 1-9.
- [21] Lécaillier D, Michaud P. L'entretien motivationnel, une évolution radicale de la relation thérapeutique. Alcoologie et Addictologie 2004 ; 26 (2) : 129-134.
- [22] Cazes L. Les entretiens motivationnels dans la prévention cardio-vasculaire : une revue systématique de la littérature. (Thèse de Diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2010).
- [23] Pollak KI, Alexander SC, Ostbye T, Lyna P, Tulsy JA, Dolor RJ et al. Primary Care Physicians' Discussions of Weight-Related Topics with Overweight and Obese Adoles-

- cents : Results from the Teen CHAT Pilot Study. *The Journal of adolescent health* 2009 ; 45 (2) : 205-207.
- [24] Ogedegbe G, Chaplin W, Schoenthaler A, Statman D, Berger D, Richardson T, et al. A practice-based trial of motivational interviewing and adherence in hypertensive African Americans. *American Journal of Hypertension* 2008 ; 21 (10) :1137-1143.
- [25] Reinhardt JA, van der Ploeg HP, Grzegorzulka R, Timperley JG. Implementing lifestyle change through phone-based motivational interviewing in rural-based women with previous gestational diabetes mellitus. *Health Promot J Austr.* 2012 ; 23 (1) : 5-9.
- [26] Soria R, Legido A, Escolano C, Lopez Yeste A, Montoya J. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *Br J Gen Pract* 2006 ; 56 (531) : 768-774.
- [27] Hardcastle S, Taylor A, Bailey M, Castle R. A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Education and Counseling* 2008 ; 70 (1) : 31-9.
- [28] Toutenu P. Implication des médecins libéraux dans un programme local d'éducation pour la santé : Intérêt de la formation à l'entretien motivationnel. (Thèse de Diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université Lyon I - Claude Bernard, 2007).
- [29] <http://www.has-sante.fr>, vérifié le 24/02/2013.
- [30] L'entretien motivationnel : pour une relation soignant-patient de qualité. *La Revue Prescrire* 2010 ; 30 (325) : 841.
- [31] Fortini C, Daeppen JB. Comment aider mes patients à changer leurs comportements liés à la santé ? : introduction à la pratique de l'entretien motivationnel. Lausanne : CEMCAV-CHUV, 2010.
- [32] http://www.youtube.com/watch?v=jUNd_hbgUwg, vérifié le 24/02/2013.
- [33] <http://www.youtube.com/watch?v=V1kuA8LTf5o>, vérifié le 24/02/2013.
- [34] <http://www.conseil-national.medecin.fr>, vérifié le 24/02/2013.

- [35] <http://medecine.u-pec.fr/recherche/evenements/colloque-enseigner-a-tous-les-medecins-la-communication-professionnelle-avec-les-patients-un-enjeu-fondamental-pour-la-qualite-des-soins--476059.kjsp>, vérifié le 24/02/2013.

A Questionnaire

1. Êtes-vous :

Un homme ?

Une femme ?

2. Dans quelle région exercez-vous ?

.....

3. Dans quelle faculté avez-vous fait vos études de médecine ?

.....

4. En quelle année avez-vous soutenu votre thèse pour l'obtention du Doctorat en Médecine ?

.....

5. Dans quelles circonstances avez vous été pour la première fois vraiment en contact avec les entretiens motivationnels ?

C'est la première fois que vous en entendez parler (**fin du questionnaire**, merci)

À la faculté de médecine

Au cours d'une lecture (ouvrages spécialisés, revues médicales, sites internet)

Lors d'une conférence ou d'un séminaire

Par un collègue

Autre (Précisez) :

6. Veuillez reproduire sur l'échelle ci-dessous votre pratique (subjective) des entretiens motivationnels :

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

6a. Si vous ne pratiquez pas les entretiens motivationnels (0 à la question 6), quelles en sont les raisons ?

.....

6b. Si vous pratiquez les entretiens motivationnels (> 0 à la question 6), dans quel(s) domaine(s) les utilisez-vous principalement ?

- Les conduites addictives (tabac, alcool et autres drogues)
- Les règles hygiéno-diététiques (chez le patient obèse, hypertendu, diabétique ou dyslipidémique)
- L'éducation thérapeutique (chez le patient atteint d'une maladie chronique)
- Les problèmes psychologiques
- Autre (Précisez) :

7. Veuillez reproduire sur les échelles ci-dessous votre recours aux techniques suivantes (telles qu'elles vous ont été présentées dans la séquence vidéo) :

Les questions ouvertes	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
L'écoute réflexive	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
La valorisation	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

8. Par quel moyen avez-vous principalement acquis (ou perfectionné) ces méthodes ?

- Enseignement à la faculté de médecine
- Autoformation (ouvrages spécialisés, revues médicales, sites internet)
- Participation à un (ou des) séminaire(s) de formation
- Autre (Précisez) :

Commentaires libres :

.....

B Courriel

Madame, Monsieur, Chers confrères,

Je suis interne en médecine générale et je cherche à évaluer dans mon travail de thèse (sous la direction du Dr Claude Bronner), la place actuelle des Entretiens Motivationnels chez les médecins généralistes de France.

J'ai déjà effectué mon mémoire de DES sur ce sujet. Mon enquête s'était alors limitée à la région Alsace. Les principales conclusions de cette étude étaient que les Entretiens Motivationnels occupent une place de choix en cabinet de médecine générale, mais qu'il existe un manque d'information et de formation.

Je souhaiterais approfondir ce travail en élargissant mon enquête auprès d'un maximum de médecins généralistes de France.

Voici un petit rappel pour celles et ceux qui ne sont pas familiers avec les Entretiens Motivationnels :

Il s'agit d'une méthode de communication, visant à aider le patient à prendre une décision et à trouver sa motivation pour modifier un comportement qu'il juge problématique. Le patient est maître de ses choix. Le rôle du médecin est de l'aider à résoudre son ambivalence (rapport bénéfices/coûts du changement, ou du maintien de la situation actuelle) et à développer le sentiment d'efficacité personnelle, dans un climat d'empathie.

Mieux que des mots, voici une séquence vidéo qui illustre les principales stratégies motivationnelles qui sont particulièrement utiles dans l'éducation thérapeutique (Accéder à la vidéo) :

- Les questions ouvertes
- L'écoute réflexive

– La valorisation

Je vous propose maintenant de participer à mon travail en répondant aux 8 questions accessibles par ce lien : (Accéder au questionnaire).

Cela vous prendra moins de 5 minutes.

Merci d’avoir pris le temps de me lire et de répondre à mon enquête.

Si vous n’êtes pas dans la filière médecine générale car ce message ne vous est pas destiné, ne répondez pas et signalez votre spécialité par retour de mail.

Merci et bien cordialement,

–

Annabelle Veit, Interne

C Résultats

C.1 Région d'exercice

Région d'exercice	Nombre de réponses	Démographie médicale	Taux de participation
Alsace	177	2691	6,58%
Aquitaine	84	4966	1,69%
Auvergne	24	1926	1,25%
Bourgogne	23	2156	1,07%
Bretagne	144	4489	3,21%
Centre	80	3086	2,59%
Champagne-Ardenne	23	1782	1,29%
Corse	11	448	2,45%
Franche-Comté	34	1710	1,99%
Île-de-France	311	16702	1,86%
Languedoc-Roussillon	135	4148	3,25%
Limousin	17	1187	1,43%
Lorraine	57	3206	1,78%
Midi-Pyrénées	114	4343	2,62%
Nord-Pas-de-Calais	118	5760	2,05%
Basse-Normandie	36	1975	1,82%
Haute-Normandie	54	2301	2,35%
Pays de la Loire	98	4570	2,14%
Picardie	56	2412	2,32%
Poitou-Charentes	27	2523	1,07%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	250	8231	2,75%
Rhône-Alpes	199	9081	2,19%
DOM-TOM	38	3466	1,10%

C.2 Tableau croisé connaissance des Entretiens Motivationnels / région d'exercice

		C'est la première fois que vous en entendez parler ?		
		Non	Oui	Total
Alsace	Effectif	140	37	177
	Pourcentage	79,1%	20,9%	100,0%
	Résidu ajusté	1,4	-1,4	
Aquitaine	Effectif	63	21	84
	Pourcentage	75,0%	25,0%	100,0%
	Résidu ajusté	0,1	0,0	
Auvergne	Effectif	19	5	24
	Pourcentage	79,2%	20,8%	100,0%
	Résidu ajusté	0,5	-0,5	
Bourgogne	Effectif	18	5	23
	Pourcentage	78,3%	21,7%	100,0%
	Résidu ajusté	0,4	-0,4	
Bretagne	Effectif	94	50	144
	Pourcentage	65,3%	34,7%	100,0%
	Résidu ajusté	-2,7	2,7	
Centre	Effectif	61	19	80
	Pourcentage	76,2%	23,8%	100,0%
	Résidu ajusté	0,3	-0,3	
Champagne-Ardenne	Effectif	19	4	23
	Pourcentage	82,6%	17,4%	100,0%

		C'est la première fois que vous en entendez parler ?		
		Non	Oui	Total
	Résidu ajusté	0,9	-0,9	
Corse	Effectif	5	6	11
	Pourcentage	45,5%	54,5%	100,0%
	Résidu ajusté	-2,2	2,2	
Franche-Comté	Effectif	25	9	34
	Pourcentage	73,5%	26,5%	100,0%
	Résidu ajusté	-0,2	0,2	
Île-de-France	Effectif	232	79	311
	Pourcentage	74,6%	25,4%	100,0%
	Résidu ajusté	0,0	0,1	
Languedoc-Roussillon	Effectif	115	20	135
	Pourcentage	85,2%	14,8%	100,0%
	Résidu ajusté	2,9	-2,9	
Limousin	Effectif	12	5	17
	Pourcentage	70,6%	29,4%	100,0%
	Résidu ajusté	-0,4	0,4	
Lorraine	Effectif	44	13	57
	Pourcentage	77,2%	22,8%	100,0%
	Résidu ajusté	0,4	-0,4	
Midi-Pyrénées	Effectif	94	20	114
	Pourcentage	82,5%	17,5%	100,0%
	Résidu ajusté	1,9	-1,9	

		C'est la première fois que vous en entendez parler ?		
		Non	Oui	Total
Nord-Pas-de-Calais	Effectif	89	29	118
	Pourcentage	75,4%	24,6%	100,0%
	Résidu ajusté	0,2	-0,2	
Basse-Normandie	Effectif	24	12	36
	Pourcentage	66,7%	33,3%	100,0%
	Résidu ajusté	-1,1	1,1	
Haute-Normandie	Effectif	36	18	54
	Pourcentage	66,7%	33,3%	100,0%
	Résidu ajusté	-1,4	1,4	
Pays de la Loire	Effectif	68	30	98
	Pourcentage	69,4%	30,6%	100,0%
	Résidu ajusté	-1,2	1,2	
Picardie	Effectif	37	19	56
	Pourcentage	66,1%	33,9%	100,0%
	Résidu ajusté	-1,5	1,5	
Poitou-Charentes	Effectif	19	8	27
	Pourcentage	70,4%	29,6%	100,0%
	Résidu ajusté	-0,5	0,5	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Effectif	173	77	250
	Pourcentage	69,2%	30,8%	100,0%
	Résidu ajusté	-2,1	2,1	
Rhône-Alpes	Effectif	162	37	199

		C'est la première fois que vous en entendez parler ?		
		Non	Oui	Total
Rhône-Alpes	Pourcentage	81,4%	18,6%	100,0%
	Résidu ajusté	2,3	-2,3	
DOM-TOM	Effectif	28	10	38
	Pourcentage	73,7%	26,3%	100,0%
	Résidu ajusté	-0,2	0,2	
Total	Effectif	1577	533	2110
	Pourcentage	74,7%	25,3%	100,0%

C.3 Tableau croisé connaissance des Entretiens Motivationnels / faculté de formation

		C'est la première fois que vous en entendez parler ?		
		Non	Oui	Total
AIX MARSEILLE	Effectif	95	54	149
	Pourcentage	63,8%	36,2%	100,0%
	Résidu ajusté	-3,2	3,2	
AMIENS	Effectif	22	13	35
	Pourcentage	62,9%	37,1%	100,0%
	Résidu ajusté	-1,6	1,6	
ANGERS	Effectif	14	11	25
	Pourcentage	56,0%	44,0%	100,0%

		C'est la première fois que vous en entendez parler ?		
		Non	Oui	Total
	Résidu ajusté	-2,2	2,2	
BESANCON	Effectif	24	5	29
	Pourcentage	82,8%	17,2%	100,0%
	Résidu ajusté	1,0	-1,0	
BORDEAUX	Effectif	62	19	81
	Pourcentage	76,5%	23,5%	100,0%
	Résidu ajusté	0,4	-0,4	
BREST	Effectif	22	9	31
	Pourcentage	71,0%	29,0%	100,0%
	Résidu ajusté	-0,5	0,5	
CAEN	Effectif	22	11	33
	Pourcentage	66,7%	33,3%	100,0%
	Résidu ajusté	-1,1	1,1	
CLERMONT FERRAND	Effectif	16	4	20
	Pourcentage	80,0%	20,0%	100,0%
	Résidu ajusté	0,5	-0,5	
DIJON	Effectif	17	11	28
	Pourcentage	60,7%	39,3%	100,0%
	Résidu ajusté	-1,7	1,7	
ETRANGER	Effectif	15	2	17
	Pourcentage	88,2%	11,8%	100,0%
	Résidu ajusté	1,3	-1,3	

		C'est la première fois que vous en entendez parler ?		
		Non	Oui	Total
GRENOBLE	Effectif	68	15	83
	Pourcentage	81,9%	18,1%	100,0%
	Résidu ajusté	1,5	-1,5	
LILLE	Effectif	106	36	142
	Pourcentage	74,6%	25,4%	100,0%
	Résidu ajusté	0,0	0,0	
LIMOGES	Effectif	14	5	19
	Pourcentage	73,7%	26,3%	100,0%
	Résidu ajusté	-0,1	0,1	
LYON	Effectif	87	17	104
	Pourcentage	83,7%	16,3%	100,0%
	Résidu ajusté	2,1	-2,1	
MONTPELLIER	Effectif	102	19	121
	Pourcentage	84,3%	15,7%	100,0%
	Résidu ajusté	2,5	-2,5	
NANCY	Effectif	57	17	74
	Pourcentage	77,0%	23,0%	100,0%
	Résidu ajusté	0,5	-0,5	
NANTES	Effectif	44	11	55
	Pourcentage	80,0%	20,0%	100,0%
	Résidu ajusté	0,9	-0,9	
NICE	Effectif	32	10	42

		C'est la première fois que vous en entendez parler ?		
		Non	Oui	Total
NICE	Pourcentage	76,2%	23,8%	100,0%
	Résidu ajusté	0,2	-0,2	
PARIS 11	Effectif	32	16	48
	Pourcentage	66,7%	33,3%	100,0%
	Résidu ajusté	-1,3	1,3	
PARIS 12	Effectif	47	12	59
	Pourcentage	79,7%	20,3%	100,0%
	Résidu ajusté	0,9	-0,9	
PARIS 13	Effectif	20	6	26
	Pourcentage	76,9%	23,1%	100,0%
	Résidu ajusté	0,3	-0,3	
PARIS 5	Effectif	82	20	102
	Pourcentage	80,4%	19,6%	100,0%
	Résidu ajusté	1,3	-1,3	
PARIS 6	Effectif	78	28	106
	Pourcentage	73,6%	26,4%	100,0%
	Résidu ajusté	-0,3	0,3	
PARIS 7	Effectif	64	27	91
	Pourcentage	70,3%	29,7%	100,0%
	Résidu ajusté	-1,0	1,0	
POITIERS	Effectif	17	7	24
	Pourcentage	70,8%	29,2%	100,0%

		C'est la première fois que vous en entendez parler ?		
		Non	Oui	Total
	Résidu ajusté	-0,4	0,4	
REIMS	Effectif	23	11	34
	Pourcentage	67,6%	32,4%	100,0%
	Résidu ajusté	-1,0	1,0	
RENNES	Effectif	42	25	67
	Pourcentage	62,7%	37,3%	100,0%
	Résidu ajusté	-2,3	2,3	
ROUEN	Effectif	39	19	58
	Pourcentage	67,2%	32,8%	100,0%
	Résidu ajusté	-1,3	1,3	
SAINT ETIENNE	Effectif	13	5	18
	Pourcentage	72,2%	27,8%	100,0%
	Résidu ajusté	-0,2	0,2	
STRASBOURG	Effectif	144	40	184
	Pourcentage	78,3%	21,7%	100,0%
	Résidu ajusté	1,2	-1,2	
TOULOUSE	Effectif	74	23	97
	Pourcentage	76,3%	23,7%	100,0%
	Résidu ajusté	0,4	-0,4	
TOURS	Effectif	44	12	56
	Pourcentage	78,6%	21,4%	100,0%
	Résidu ajusté	0,7	-0,7	

		C'est la première fois que vous en entendez parler ?		
		Non	Oui	Total
Total	Effectif	1538	520	2058
	Pourcentage	74,7%	25,3%	100,0%

C.4 Pratique inconsciente des Entretiens Motivationnels

Pratique des questions ouvertes "sans pratiquer les EM "					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	14	19,2	37,8	37,8
	[1-3]	9	12,3	24,3	62,2
	[4-6]	6	8,2	16,2	78,4
	[7-9]	7	9,6	18,9	97,3
	10	1	1,4	2,7	100,0
	Total	37	50,7	100,0	
Manquante	Système manquant	36	49,3		
Total		73	100,0		

Pratique des reflets " sans pratiquer les EM "					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	17	23,3	45,9	45,9
	[1-3]	7	9,6	18,9	64,9
	[4-6]	9	12,3	24,3	89,2
	[7-9]	3	4,1	8,1	97,3
	10	1	1,4	2,7	100,0
	Total	37	50,7	100,0	
Manquante	Système manquant	36	49,3		
Total		73	100,0		

Pratique de la valorisation " sans pratiquer les EM "					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	13	17,8	35,1	35,1
	[1-3]	5	6,8	13,5	48,6
	[4-6]	8	11,0	21,6	70,3
	[7-9]	8	11,0	21,6	91,9
	10	3	4,1	8,1	100,0
	Total	37	50,7	100,0	
Manquante	Système manquant	36	49,3		
Total		73	100,0		

C.5 Rôle de l'université dans la formation aux Entretiens Motivationnels

		Moyen de formation est la fac		
		Non	Oui	Total
AIX MARSEILLE	Effectif	144	5	149
	Pourcentage	96,6%	3,4%	100,0%
AMIENS	Effectif	34	1	35
	Pourcentage	97,1%	2,9%	100,0%
ANGERS	Effectif	23	2	25
	Pourcentage	92,0%	8,0%	100,0%
BESANCON	Effectif	28	1	29
	Pourcentage	96,6%	3,4%	100,0%
BORDEAUX	Effectif	78	3	81
	Pourcentage	96,3%	3,7%	100,0%
BREST	Effectif	31	0	31
	Pourcentage	100,0%	,0%	100,0%
CAEN	Effectif	32	1	33
	Pourcentage	97,0%	3,0%	100,0%
CLERMONT FERRAND	Effectif	18	2	20
	Pourcentage	90,0%	10,0%	100,0%
DIJON	Effectif	28	0	28
	Pourcentage	100,0%	,0%	100,0%
ETRANGER	Effectif	15	2	17
	Pourcentage	88,2%	11,8%	100,0%
GRENOBLE	Effectif	81	2	83
	Pourcentage	97,6%	2,4%	100,0%
LILLE	Effectif	138	4	142

		Moyen de formation est la fac		
		Non	Oui	Total
LILLE	Pourcentage	97,2%	2,8%	100,0%
LIMOGES	Effectif	17	2	19
	Pourcentage	89,5%	10,5%	100,0%
LYON	Effectif	99	5	104
	Pourcentage	95,2%	4,8%	100,0%
MONTPELLIER	Effectif	113	8	121
	Pourcentage	93,4%	6,6%	100,0%
NANCY	Effectif	71	3	74
	Pourcentage	95,9%	4,1%	100,0%
NANTES	Effectif	54	1	55
	Pourcentage	98,2%	1,8%	100,0%
NICE	Effectif	39	3	42
	Pourcentage	92,9%	7,1%	100,0%
PARIS 11	Effectif	48	0	48
	Pourcentage	100,0%	,0%	100,0%
PARIS 12	Effectif	52	7	59
	Pourcentage	88,1%	11,9%	100,0%
PARIS 13	Effectif	24	2	26
	Pourcentage	92,3%	7,7%	100,0%
PARIS 5	Effectif	98	4	102
	Pourcentage	96,1%	3,9%	100,0%
PARIS 6	Effectif	99	7	106
	Pourcentage	93,4%	6,6%	100,0%
PARIS 7	Effectif	89	2	91

		Moyen de formation est la fac		
		Non	Oui	Total
PARIS 7	Pourcentage	97,8%	2,2%	100,0%
POITIERS	Effectif	23	1	24
	Pourcentage	95,8%	4,2%	100,0%
REIMS	Effectif	32	2	34
	Pourcentage	94,1%	5,9%	100,0%
RENNES	Effectif	66	1	67
	Pourcentage	98,5%	1,5%	100,0%
ROUEN	Effectif	52	6	58
	Pourcentage	89,7%	10,3%	100,0%
SAINT ETIENNE	Effectif	18	0	18
	Pourcentage	100,0%	,0%	100,0%
STRASBOURG	Effectif	181	3	184
	Pourcentage	98,4%	1,6%	100,0%
TOULOUSE	Effectif	93	4	97
	Pourcentage	95,9%	4,1%	100,0%
TOURS	Effectif	54	2	56
	Pourcentage	96,4%	3,6%	100,0%
Total	Effectif	1972	86	2058
	Pourcentage	95,8%	4,2%	100,0%