

HAMM Annabelle
épouse VEIT
Née le 12 Mars 1984
à Strasbourg

Mémoire présenté pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale

Sujet : Enquête sur la pratique des entretiens motivationnels dans les cabinets de
médecine générale alsaciens

Directeur du mémoire

Docteur BRONNER Claude

exerçant à Strasbourg - Montagne Verte

Remis au medecin coordinateur

Docteur ...

Le __ / __ / 2011

Année 2010 – 2011

Reçus par la Faculté de Médecine

Le __ / __ / 2011

Examiné par les membres du jury

Le __ / __ / 2011

Accepté Refusé

N 2010/2011

Table des matières

1	Introduction	1
2	Généralités sur l'entretien motivationnel	2
2.1	Origine et diffusion	2
2.2	Définition	2
2.3	Fondements théoriques	3
2.3.1	Les stades de changement	3
2.3.2	La balance décisionnelle	4
2.4	Principes de base	5
2.4.1	Faire preuve d'empathie	5
2.4.2	Développer la dissonance	5
2.4.3	Rouler avec la résistance (éviter les argumentations)	5
2.4.4	Nourrir le sentiment d'efficacité personnelle	6
2.5	Stratégies motivationnelles	6
2.5.1	Poser des questions ouvertes	6
2.5.2	Valoriser	6
2.5.3	Exprimer de l'empathie	7
2.5.4	Pratiquer l'écoute réflexive	7
2.5.5	Résumer	7
3	Matériel et méthode	8
4	Résultats	8
4.1	Enquête en ligne	8
4.2	Enquête téléphonique	12
5	Discussion	12
5.1	Taux de réponse	12
5.2	Utilisation des EM en cabinet de médecine générale d'Alsace	12
5.3	Moyens de diffusion des EM	13
5.4	Moyens de formation aux techniques d'EM	14
6	Conclusions	14

1 Introduction

Le proverbe : « Mieux vaut prévenir que guérir » résume à lui seul le principe de base de la médecine traditionnelle chinoise. Cette dernière a pour objectif d'entretenir la santé et littéralement de venir, agir, avant la maladie. Ce principe de prévention tient une place de plus en plus importante dans notre société occidentale où nous aspirons tous à un allongement de la durée de vie, en bonne santé.

Pour y parvenir, les moyens sont simples : diététique, activité physique, éviction des conduites à risque. C'est dans la mise en œuvre de ces moyens que certains patients peuvent rencontrer des difficultés. Le médecin de famille, par sa proximité et sa disponibilité, représente un des principaux aidants. Pour preuve, la prévention représente 24% des résultats de consultation relevés par les médecins généralistes de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) en 2009 [1].

Si le médecin libéral est indéniablement un acteur clé de l'éducation à la santé, il 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. L'Entretien Motivationnel (EM), pourrait pallier à ces difficultés.

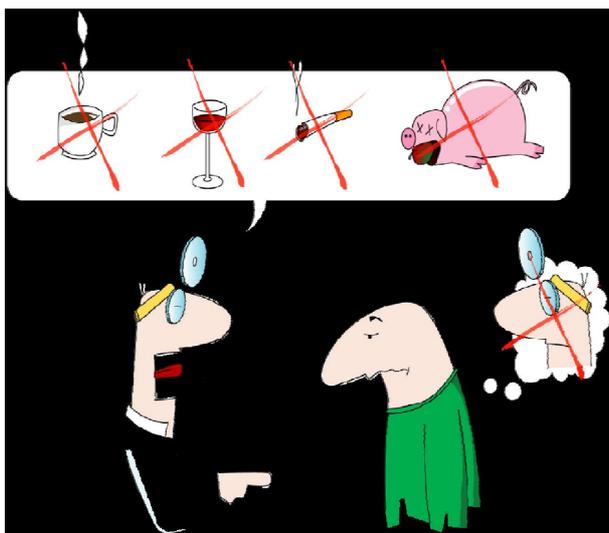


FIGURE 1 – Aperçu d'une approche directive.

L'EM s'appuie sur des principes qui mettent en avant la responsabilité du patient dans son cheminement vers un changement de comportement ou de style de vie. Cet esprit est diamétralement opposé au modèle paternaliste traditionnel de la relation médecin-malade, aujourd'hui dépassé. L'autorité a fait place à l'autonomie et la confrontation à la collaboration. Avec plus de vingt années de recul, l'EM a montré des résultats très encourageants au travers de diverses études portant sur son efficacité ([20, 6, 18, 21, 23], et plus récemment [12]). L'étude la plus puissante, le projet MATCH américain [10], 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 ?

L'objectif principal de ce mémoire est de définir la place des EM en cabinet de médecine

générale de la région Alsace. Ce travail cherche secondairement à comprendre comment les médecins généralistes alsaciens ont eu connaissance des techniques d'EM et comment ils les ont acquises, mises en application et perfectionnées.

Pour commencer, nous présenterons les fondements et principes généraux de l'EM en partie 2 de ce mémoire. La partie 3 sera consacrée au choix des méthodes utilisées pour ce travail. Ensuite nous exposerons en partie 4 les principaux résultats obtenus. Enfin, nous tenterons de critiquer ces résultats et de les mettre en perspective en partie 5.

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 [19] est paru en 1992. 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, gestion individuelle des facteurs de risque que sont l'obésité, le diabète, la sédentarité, l'hypercholestérolémie, et observance thérapeutique). 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) 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 Miller et 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). De la même façon, l'ouvrage de référence de Miller et Rollnick n'a été traduit en français que quatorze ans après sa parution en version originale, en 2006 [22]. Cette traduction a pu voir le jour grâce à la collaboration de deux membres actifs de l'AFDEM, les Docteurs Dorothée Lecallier et Philippe Michaud. Le deuxième ouvrage de W. Miller et S. Rollnick paru en 2009 [26] a été traduit plus rapidement. Un troisième travail commun est en cours d'élaboration. Son édition est prévue pour l'année prochaine.

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.

Miller et 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* [26].

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. En la respectant, 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. En effet, nous sommes plus volontiers convaincus par nos propres désirs, capacités, raisons et besoins de changer que par ceux qu’un intervenant pourrait être tenté de nous imposer.

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 Fondements théoriques

L’EM s’articule autour d’un certain nombre de concepts théoriques déjà existants. Pour mieux comprendre les fondements de l’EM, nous avons décidé de nous intéresser à deux d’entre eux : les **stades de changement** [7] et la **balance décisionnelle** [13].

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, au nombre de six :

- La **précontemplation** : c’est le stade du déni. Malgré certains indices, la personne ne reconnaît pas le problème ;
- 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 ;
- 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 ;
- L’**action** : ce stade constitue les premiers temps du changement effectif du comportement. Pour réussir cette étape, la confiance est primordiale. L’individu doit avoir confiance au changement et confiance en ses propres moyens ;
- 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 ;
- La **rechute** : ce stade est logique 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.

Ce processus de changement n’est pas linéaire et les étapes sont de durées très variables. Comme illustré en Figure 2, on peut passer d’une étape à l’autre, en sauter une ou plusieurs, ou encore rechuter vers un des stades précédents.

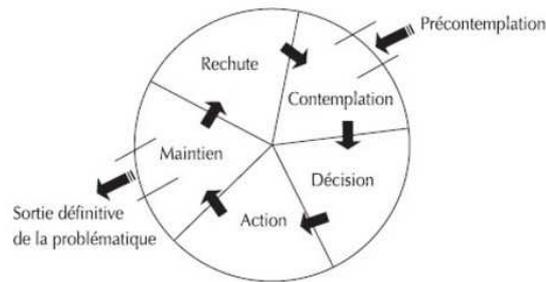


FIGURE 2 – La roue du changement.

Nous l'avons vu, le stade de la contemplation est celui de l'ambivalence, qui est un phénomène normal et nécessaire au processus de décision. 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 ?

2.3.2 La balance décisionnelle

Janis et Mann illustrent le conflit engendré par l'ambivalence avec la métaphore de la « balance décisionnelle » (illustrée en Figure 3) 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. La balance décisionnelle est un outil qui permet de donner une vision complète de la situation et de clarifier un dilemme souvent flou pour le patient. Ce type de bilan est utile avant de débiter le changement mais aussi tout au long du processus, en particulier quand la motivation a tendance à flancher.

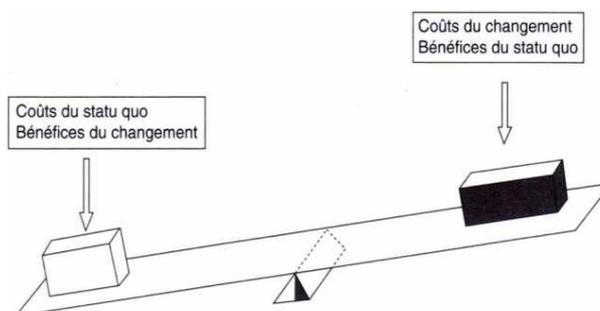


FIGURE 3 – La balance décisionnelle.

L'EM s'attache 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 voir les principes de base.

2.4 Principes de base

Quatre principes généraux sous-tendent la pratique de l'EM et nous aident à le comprendre comme un style relationnel particulier entre le patient et l'intervenant.

2.4.1 Faire preuve d'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 (ACP) de Carl Rogers, psychologue américain du 20^{me} 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. » [24]

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 du patient 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 Développer la dissonance

La dissonance perçue et exprimée par le patient, entre sa situation actuelle et celle qu'il aspire à atteindre, génèrent 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. » [22]

2.4.3 Rouler avec la résistance (éviter les argumentations)

La résistance du patient est un indicateur de dissonance dans la relation thérapeutique. C'est une façon d'exprimer son incompréhension, son désaccord. Plus une personne résiste, moins il est probable qu'elle s'engage vers un changement de comportement. Miller et Rollnick comparent la résistance à des signaux du trafic routier qui nous disent d'éviter cette direction, de ralentir ou d'arrêter. L'apparition d'un feu rouge est normal et ne pose problème que s'il reste rouge. Cette opposition est un signal fort qui doit conduire le thérapeute à changer d'attitude, c'est à dire à rouler avec la résistance en utilisant son énergie pour avancer. Dans leur troisième ouvrage à venir, Miller et Rollnick veulent redéfinir le terme "<résistance>". Ils préfèrent parler de "<discours maintien">, le patient faisant

plus souvent preuve d'une volonté de maintien de la situation actuelle que d'une attitude d'opposition vraie.

2.4.4 Nourrir le sentiment d'efficacité personnelle

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.

L'application de ces principes de base se fait à l'aide de stratégies motivationnelles. Nous allons le voir, ces stratégies sont simples et avec un peu d'entraînement, elles trouvent leur place tout naturellement au sein de nos consultations.

2.5 Stratégies motivationnelles

Les stratégies motivationnelles peuvent se résumer sous l'acronyme "OuVER" soit l'utilisation de questions Ouvertes ; la Valorisation ; l'Empathie, l'utilisation fréquente de Reflets et de Résumés. Ces stratégies permettent l'application des principes de base vus plus haut, dans un style relationnel caractéristique de l'EM. Nous allons les survoler une à une et les illustrer d'exemples concrets.

2.5.1 Poser des questions ouvertes

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 : « *Que puis-je faire pour vous ?* » ou encore « *Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?* ». Elles s'opposent aux traditionnelles questions fermées pour lesquelles la réponse se limite très souvent à un simple oui ou non. Les questions ouvertes invitent à développer et permettent ainsi de faire émerger les préoccupations du patient.

Exemples de questions ouvertes.

- « *Dites moi ce qui vous fait penser qu'il faudrait que vous changiez votre comportement.* »
- « *Expliquez moi en quoi vous aimeriez que les choses soient différentes.* »
- « *Parlez moi des avantages d'un changement de comportement.* »

2.5.2 Valoriser

Il est important de complimenter et d'encourager 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.

Exemples de phrases valorisantes :

- « *Vous avez traversé des moments vraiment difficiles et j'admire le courage dont vous avez fait preuve pour passer au travers de tout ça.* »
- « *Merci d'avoir été si présent aujourd'hui. J'apprécie vraiment !* »

2.5.3 Exprimer de l'empathie

Nous l'avons vu plus haut, l'une des compétences essentielles d'une relation patient-médecin de qualité est l'empathie. Elle doit transparaître dans notre attitude et nos paroles.

Exemple de formulation empathique :

- Patient : « *C'était génial! C'étaient des vacances de rêve!* »
- formulation empathique, à privilégier : « *Vos vacances semblent vous avoir enthousiasmé. C'est bien.* »
- formulation sympathique, à éviter : « *Je suis heureux pour vous.* »

2.5.4 Pratiquer l'écoute réflexive

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

Exemples de reflets :

- Une reformulation
 - Patient : « *Je n'aurais pas dû faire cela...je ne l'ai pas fait volontairement.* »
 - Reflet : « *Vous regrettez ce que vous avez fait et vous vous sentez coupable.* »
- Une sous-évaluation
 - Patient : « *Je ne supporte plus mon corps* »
 - Reflet : « *Cela vous chagrine.* »
 - Patient : « *A ce stade, ce n'est plus du chagrin mais du dégoût!* »

Le reflet permet de laisser la main au patient en ce qui concerne le contenu du discours tout en l'orientant afin de faire ressortir ses motivations.

2.5.5 Résumer

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 pour les faire réentendre au patient. Ce dernier pourra alors corriger ou développer le tableau ainsi présenté.

Exemple de résumé

- « *Alors 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.

Maintenant que nous comprenons mieux ce qui se cache sous le terme d'EM, nous allons

essayer de répondre à la question posée au début de ce mémoire : quelle est la place des EM en cabinet de médecine générale de la région Alsace ?

3 Matériel et méthode

Afin de répondre au mieux à notre problématique, nous avons choisi de procéder à une enquête descriptive auprès des médecins généralistes alsaciens. L'élaboration d'un court questionnaire a servi de guide à cette enquête. Il aborde trois questions principales :

1. L'intérêt des médecins généralistes pour les EM ;
2. L'utilisation pratique des EM en cabinet de médecine générale. Pour tenter de la 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 : les questions ouvertes, les reflets et la valorisation ;
3. Les moyens disponibles et utilisés pour la formation des médecins généralistes aux techniques d'EM. Notre questionnaire s'est voulu court pour ne pas décourager les médecins interrogés, les caractéristiques personnelles à préciser se limitant ainsi à l'âge.

Le questionnaire détaillé est consultable en Annexe.

Ce questionnaire a été soumis aux médecins généralistes libéraux d'Alsace, hommes et femmes, exerçant sans distinction une activité rurale ou urbaine, seul ou en groupe. Le seul critère d'exclusion, imposé par des raisons pratiques, a été l'absence d'adresse électronique personnelle disponible. Le questionnaire a été mis en ligne courant juin 2011 et diffusé à la mailing list une première fois le 23 juin, avec un rappel le 13 juillet. Cette enquête ayant eu lieu pendant la période estivale et afin de permettre au plus grand nombre de médecins de répondre, le questionnaire est resté disponible jusqu'au 1er août, date de fin de l'enquête en ligne.

Nous avons voulu vérifier ces résultats en tirant au sort 20 médecins généralistes sur notre mailing list. Chacun a été contacté par téléphone début août afin de lui soumettre oralement notre questionnaire.

Nous avons ainsi obtenu deux grilles de résultats qui, nous allons le voir dans la prochaine section, sont bien différentes. Nous les discuterons ultérieurement dans la section 5 de ce mémoire.

4 Résultats

4.1 Enquête en ligne

Les médecins ayant répondu sont âgés de 27 à 64 ans et sont au nombre de 190 (sur les 1648 interrogés). Le taux de réponses ainsi obtenu est de 11,5%.

Comme illustré en Figure 4, à la première question, avez-vous déjà entendu parler des entretiens motivationnels, 109 médecins ont répondu OUI (57%) contre 81 NON (43%).

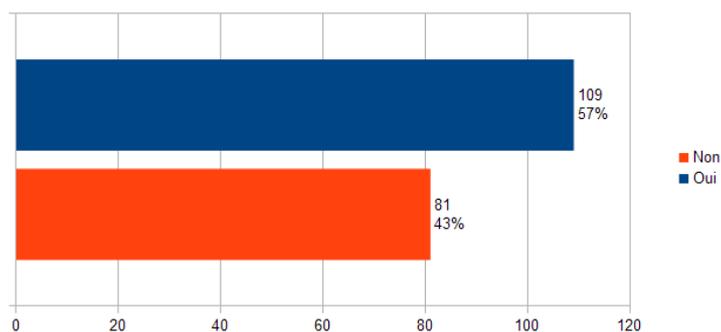


FIGURE 4 – Évaluation de la connaissance des EM.

Sur l'effectif total, 88 généralistes (46%) pratiquent les EM de façon plus ou moins courante, 102 généralistes (54%) déclarent ne pas les pratiquer. 27 généralistes (31%) emploient les EM de manière occasionnelle (réponses sur l'échelle globale ≤ 3). 35 généralistes (40%) les emploient de façon intermédiaire (réponses sur l'échelle globale > 3 et ≤ 6). 26 généralistes (30%) emploient les EM de manière intensive (réponses sur l'échelle globale > 6).

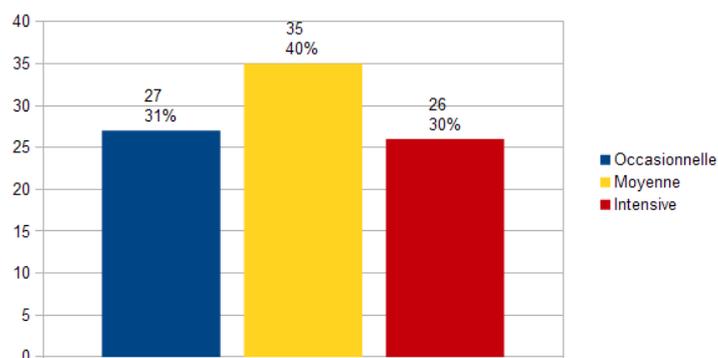


FIGURE 5 – Évaluation de la fréquence d'utilisation des EM.

Intéressons nous de plus près au groupe qui connaît les EM. Parmi ces 109 médecins, 88 (81%) pratiquent les EM, et 11 (10%) ne les pratiquent pas (cf. Figure 6). Les 10 médecins restant (9%) pratiquent des techniques d'EM sans le savoir. Ces médecins ont en effet répondu zéro sur l'échelle globale des EM, mais ont inscrit un chiffre positif pour les sous items (questions ouvertes, écoute réflexive et valorisation).

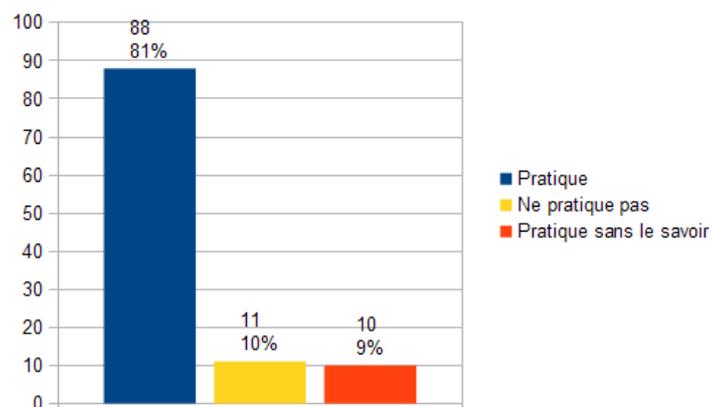


FIGURE 6 – Évaluation de la pratique des EM.

Comme illustré en Figure 7, la pratique des EM de manière générale se fait avec une moyenne de 5 sur 10. La technique la plus utilisée est la valorisation avec une moyenne de 6,79 sur 10, suivie par les questions ouvertes avec une moyenne de 6,41 sur 10, et enfin l'écoute réflexive avec une moyenne de 5,87 sur 10.

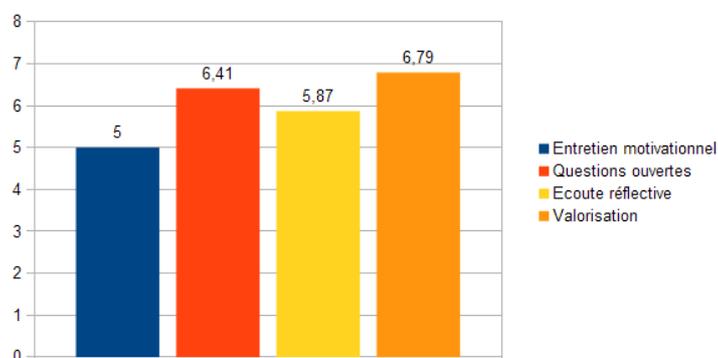


FIGURE 7 – Évaluation quantitative de la pratique des EM et de leurs différentes techniques.

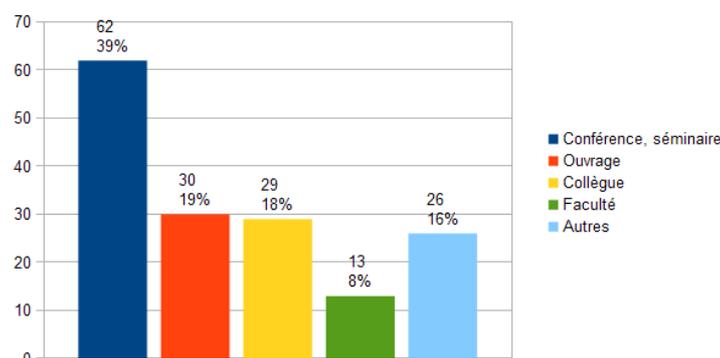


FIGURE 8 – Moyens de diffusion des EM.

Passons maintenant aux outils de diffusion des EM. La Figure 8 illustre par quel(s) biais les généralistes ont entendu parlé des EM. Les conférences et séminaires arrivent en tête puisque 62 généralistes (39%) ont eu connaissance des EM par ce biais. Juste derrière, les lectures personnelles (ouvrages spécialisés, revues médicales, sites internet) avec 30 généralistes (19%), suivies du bouche à oreille avec 29 généralistes (18%). Seuls 13 médecins (8%) ont entendu parler des EM à la faculté de médecine. 26 médecins (16%) ont précisé d'autres moyens que ceux proposés tels que la FMC (Formation Médicale Continue) et EPU (Enseignements Post Universitaires), ou encore le stage auprès du praticien pendant l'internat.

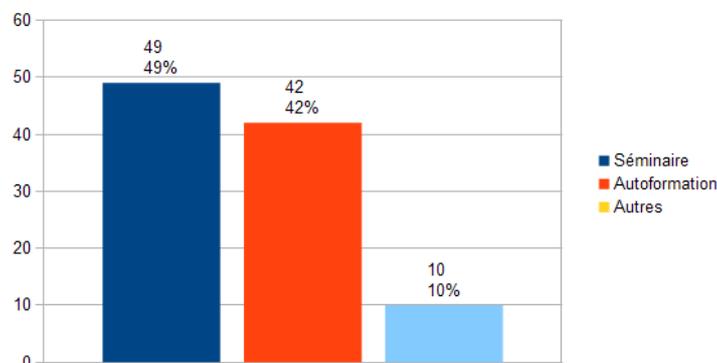


FIGURE 9 – Moyens de formation aux techniques d'EM.

Pour finir intéressons nous aux outils de formation des médecins généralistes aux techniques d'EM (illustré en Figure 9). 49 médecins (49%) se sont formés au cours d'un ou plusieurs séminaires. 42 généralistes (42%) pratiquent l'autoformation par le biais d'ouvrages spécialisés ou encore sur internet. 10 médecins (10%) utilisent d'autres techniques que celles proposées : l'intuition, la formation auprès d'un maître de stage, le counseling.

Nous avons voulu vérifier si la participation à des séminaires de formation permettait un emploi plus soutenu des techniques d'EM en pratique courante. Pour se faire, nous avons utilisé un test de Student¹. Les médecins ayant assisté à des séminaires de formation aux

1. Nous avons comparé l'évaluation de l'utilisation des EM de deux groupes : ceux qui ont participé à

EM les utilisent significativement plus que ceux n'y ayant pas participé ($p < 0.001$) : 5,5 sur 10 (intervalle de confiance 0,02) contre 2,8 sur 10 (intervalle de confiance 0,022).

4.2 Enquête téléphonique

Les médecins interrogés ont tous répondu, le taux de réponse est donc de 100%.

4 médecins ont répondu avoir une vague idée de ce que pourraient être les EM, et 2 ont assisté à des FMC (Formation Médicale Continue) lors desquelles a été présenté le principe d'EM. Les 14 autres n'ont 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% ignorent l'existence des EM.

Parmi les 6 médecins connaissant les EM aucun n'y a recours dans sa pratique courante, par défaut de formation m'a-t-on le plus souvent répondu.

Les EM ne sont donc absolument pas utilisés dans ce groupe.

5 Discussion

5.1 Taux de réponse

Le premier élément qui nous a interpellé en faisant cette enquête en ligne est le taux de réponse plutôt faible. Il est vrai qu'il existe un grand nombre d'enquêtes de ce type, ce qui pose un problème de lassitude chez le répondant. L'élaboration d'un questionnaire volontairement simple et court a sans doute permis d'encourager les moins réceptifs, mais était-ce suffisant ?

La période d'envoi du questionnaire coïncidait avec les congés annuels ce qui a probablement contribué à un plus faible taux de participation. Pour pallier au maximum à ce problème, nous avons rallongé la durée de l'enquête et programmé une relance. La date de cette relance, veille de week-end prolongé n'a pas été judicieusement réfléchie, mais a quand même permis de presque doubler le nombre de réponses initiales.

Le taux de retour moyen pour un questionnaire en ligne oscille entre 10% et 50% (dans les cas les plus favorables). Les statisticiens indiquent qu'un taux inférieur à 50% peut modifier les résultats de l'enquête. En effet, il est facile de comprendre que les personnes qui répondent en priorité sont celles qui ont un intérêt particulier pour le sujet de l'enquête. Notre taux de réponse (de 11,5%) s'avère finalement satisfaisant.

5.2 Utilisation des EM en cabinet de médecine générale d'Alsace

L'enquête en ligne révèle qu'un peu plus de la moitié des généralistes répondants connaissent l'existence des techniques d'EM. Parmi les 109 généralistes qui ont entendu parler des EM, 19% déclarent ne pas y avoir recours. Certains par manque de formation, d'autres parce qu'ils ont une vision négative de ces techniques et nous en font part : « 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

des séminaires et ceux qui n'ont pas participé à des séminaires

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 ».

88 des médecins interrogés sont convaincus de l’utilité des EM en cabinet de médecine générale, et les utilisent avec une fréquence moyenne. Les trois stratégies motivationnelles choisies pour cette enquête (questions ouvertes, écoute réflexive et valorisation) sont quant à elles largement utilisées avec une moyenne globale de 6,36 sur 10. Cette utilisation est supérieure à celle des EM de manière générale qui n’est représentée qu’avec une moyenne de 5 sur 10. Ces résultats ne sont pas surprenants, puisque une part des médecins interrogés utilisent les EM sans le savoir. Ils ont recours aux différentes techniques motivationnelles le plus souvent par intuition. Les plus convaincus d’entre eux (30% emploient les EM de façon intensive dans leur pratique courante) n’hésitent pas 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. », « L’EM a changé ma pratique. »

Comme cela a été expliqué en Section 3, nous avons voulu confronter nos résultats à ceux obtenus par le biais d’une seconde enquête, téléphonique cette fois. Comme nous nous y attendions, ces résultats sont bien différents. Les 57% de médecins ayant connaissance des EM ne sont plus que 30%. Aucun des généralistes interrogés n’utilise les EM au sein de leur cabinet. Pourquoi une telle différence ?

Il paraît évident que les médecins n’ayant pas connaissance des EM ont été largement sous représentés dans la première enquête, par manque d’intérêt pour le sujet. Ce manque d’intérêt reflète, comme nous allons le voir, un manque d’information.

5.3 Moyens de diffusion des EM

Les conférences et séminaires de formation, où le sujet a pu être abordé, est le principal moyen de diffusion des EM. Un moyen efficace mais encore trop peu utilisé est l’enseignement à la faculté de médecine. Plusieurs personnes interrogées le déplorent et n’hésitent pas à le souligner dans des commentaires libres : « Cela devrait être enseigné au cours du cursus universitaire. », « Trop peu d’enseignement, presque inexistant, à la faculté. »

Dans d’autres facultés de France, comme à Montpellier par exemple, l’enseignement des EM est proposé sous forme de diplôme universitaire, aux étudiants en médecine à partir du DCEM1 et à tous professionnels de santé. Si certains généralistes-enseignants abordent le sujet pendant les quelques heures d’enseignements théoriques du cursus de médecine générale, ce n’est pas systématique à Strasbourg. Sans proposer une formation à proprement parler, il serait intéressant d’aborder les principes généraux des EM à la faculté. Ainsi les médecins en devenir que nous sommes auraient connaissance, dès les bancs de l’université, de ces techniques d’aide au changement. Nous resterions bien entendu maîtres de notre décision quant à notre formation à ces techniques et à leur utilisation dans notre pratique médicale. En effet, comme nous l’avons vu plus haut, ce n’est pas parce que nous connaissons le concept d’EM que nous y adhérons forcément.

L'enquête téléphonique confirme le manque de connaissance sur les EM. Rares sont les médecins qui se sont contentés de répondre non à mes questions. La plupart d'entre eux ont été interpellés par le terme d'EM et m'ont demandé des précisions à ce sujet. Plusieurs m'ont même annoncé qu'ils iraient visiter le site internet de l'AFDEM afin de faire connaissance avec ce qu'ils avaient manqué jusqu'à présent. Il est aisé de comprendre que ce manque de connaissance découle d'un manque d'information. L'EM souffre d'un retard de diffusion en France. Ce n'est que très récemment qu'a débuté sa promotion plus large dans le domaine de la médecine de ville. En témoignent les articles parus sur le site de l'HAS en 2008 [11] ou encore dans la revue Prescrire en 2010 [5].

5.4 Moyens de formation aux techniques d'EM

La participation à des séminaires représente la principale source de formation aux techniques d'EM, mais presque autant de praticiens se tournent vers l'autoformation (42% contre 49%). Est-ce par manque de sessions ? L'EM est une approche basée sur la coopération avec le patient, visant à stimuler sa volonté à changer. Ses principes sont accessibles par une formation spécifique doublée d'une pratique régulière. Cette formation spécifique permet un emploi plus soutenu des techniques d'EM (5,5 sur 10 en moyenne contre 2,8 sur 10 pour les médecins n'ayant pas suivi de séminaire de formation). Dans cette optique, l'AFDEM propose et développe des formations aux EM.

Ces résultats montrent globalement que l'utilisation des EM a dépassé le seul cadre de l'addictologie et qu'elle s'est fait une place de choix 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.

6 Conclusions

C'est durant mon stage en cabinet de médecine générale que j'ai entendu parler pour la première fois des EM. Les maîtres de stage que j'ai suivis pendant ces six mois utilisent tous trois les EM dans leur pratique courante. Le premier y a surtout recours dans le cadre de l'éducation thérapeutique des patients aux facteurs de risques cardiovasculaires. Le second, médecin formateur de FMC-ActioN et du MINT, utilise les EM avec ses patients aux conduites addictives. Enfin le dernier emploie certaines techniques d'EM au cours de séances de psychothérapie. Très vite intéressée par ces techniques, j'ai pu me rendre compte au fil des consultations, de leur simplicité d'utilisation (avec un peu d'entraînement), de l'étendue de leur champ d'action et de leur efficacité.

L'idée que l'on se fait de l'EM (pour ceux qui en ont déjà entendu parler, et nous l'avons vu ce n'est pas la majorité), est celle d'une méthode tirée des thérapies cognitivo-comportementales, utilisée pour les addictions par des psychiatres ou psychologues. La motivation première de ce travail a été de montrer que le champ de l'EM est beaucoup plus large. Il s'applique notamment bien à une médecine de ville particulièrement concernée par les questions de prévention, d'éducation thérapeutique et d'observance. Une part non négligeable des médecins généralistes d'Alsace l'ont bien compris, une approche directive entraîne passivité et résistance de la part du patient. Ceci fait perdre un temps précieux et est source de frustration. Ces médecins se sont ainsi tournés vers une nouvelles façon d'être avec leurs patients qui augmente l'efficacité des pratiques de conseil, quelle que soit la nature du changement à entreprendre. Malheureusement une majorité des généralistes

ne connaissent pas les EM ou s'en font une fausse idée, celle d'une méthode rigide visant à manipuler le patient pour lui faire faire ce qu'il ne veut pas faire. Le principal responsable, mis en évidence par ce mémoire, est le manque d'information sur les EM et plus particulièrement à la source, c'est à dire dans les amphithéâtres de la faculté de médecine.

Au moment où j'écris les conclusions de ce mémoire, j'assiste avec surprise à une séance d'initiation aux EM. Elle est dispensée par un généraliste enseignant dans le cadre des cours du 4ème semestre de DES de médecine générale, ayant pour intitulé l'éducation thérapeutique. Seuls deux des étudiants présents avaient déjà entendu parler des EM. L'un durant un stage en service de diabétologie, l'autre pendant un cours du DU (Diplôme Universitaire) de tabacologie. Tous ont été convaincus de l'utilité des EM en cabinet de médecine générale.

Références

- [1] <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>.
- [2] <http://www.entretien-motivationnel.fr/>.
- [3] <http://www.entretienmotivationnel.org/>.
- [4] <http://www.motivationalinterview.org/>.
- [5] *L'entretien motivationnel : pour une relation soignant-patient de qualité*. Prescrire. 2010.
- [6] T. H. Bien, W. R. Miller, and J. M. Borouhgs. Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21 :347–356, 1993.
- [7] C. DiClemente and J. Prochaska. *Toward a comprehensive, transtheoretical model of change*. Treating Addictive Behaviours. 1998.
- [8] C. Fortini and J.B. Daepfen. *Comment aider mes patients à changer leurs comportements liés à la santé ?* 2010.
- [9] P. Gache, C. Fortini, A. Meynard, M. Reiner, and J. Sommer. *L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques*. Revue Médicale Suisse N80. 2006.
- [10] Project Match Research Group. *Matching alcoholism treatments to client heterogeneity : Project Match Three-year drinking outcomes*. Alcoholism : Clinical and Experimental Research. 1998.
- [11] HAS. Mémo : L'entretien motivationnel, 2008.
- [12] J.M. Hetteema. Annual Review of Clinical Psychology. 2005.
- [13] I-L. Janis and L. Mann. *Decision-making : a psychological analysis of conflict, choice and commitment*. Free Press. 1977.
- [14] D. Lécallier and P. Michaud. *L'entretien motivationnel : une évolution radicale de la relation thérapeutique*. Alcoologie et Addictologie. 2004.
- [15] D. Lécallier and P. Michaud. *Entretien motivationnel : comment parler d'alcool ?* Revue du praticien : Médecine générale. 2006.
- [16] C. Lernas and R. Tyndale. *L'entretien motivationnel : une évolution radicale de la relation thérapeutique*. Alcoologie et Addictologie. 2006.
- [17] E. Levasseur. *L'Entretien motivationnel pour préparer le changement*. Mémoire présenté pour le diplôme universitaire d'alcoologie à l'université de Caen. 2005.
- [18] W. R. Miller, R. G. Benefield, and J. S. Tonigan. Enhancing motivation for change in problem drinking : A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 :455–461, 1993.
- [19] W-R. Miller and S. Rollnick. *Motivational Interviewing : Preparing people for change*. Guilford Press. 1992.
- [20] W. R. Miller, R. G. Sovereign, and B. Krege. Motivational interviewing with problem drinkers : Ii. the drinker's check-up as a preventive intervention. *The Drinker's Check-up as a preventive intervention*, 16 :251–268, 1988.
- [21] W.R. Miller, J. M. Brown, Simpson T. L., N. S. Handmaker, T. H. Bien, L. F. Luckie, H. A. Montgomery, R. K. Hester, and J.S. Tonigan. What works ? a methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*, 16 :12–44, 1995.

- [22] W.R. Miller, D. Lécallier, S. Rollnick, and P. Michaud. *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. Développement personnel. InterÉditions, 2006.
- [23] W. C. Noonan and T. B. Moyers. Motivational interviewing : A review. *Journal of Substance Misuse*, 2 :8–16, 1997.
- [24] Carl Rogers. *La relation thérapeutique : les bases de son efficacité*. Bull. de Psychologie. 1963.
- [25] S. Rollnick. *Competent Novice : Motivational interviewing*. 2010.
- [26] S. Rollnick and W.R. Miller. *Pratique de l'entretien motivationnel : Communiquer avec le patient en consultation*. Développement personnel. InterÉditions, 2009.
- [27] Rossignol V. *L'Entrevue motivationnelle : un guide de formation*. 2001.