

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Hugo HOURS

Le 26 septembre 2017

**ÉTAT DES LIEUX DE LA FORMATION A L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL DURANT LE
DIPLÔME D'ETUDES SPÉCIALISÉES DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN FRANCE EN 2016-2017**

Directeurs de thèse : Dr Céline MAUROUX et Dr Michel BISMUTH

JURY :

Madame le professeur Marie-Eve ROUGE BUGAT	Présidente
Monsieur le docteur Michel BISMUTH	Assesseur
Madame le docteur Julie DUPOUY	Assesseur
Madame le docteur Céline MAUROUX	Assesseur
Madame le docteur Odile BOURGEOIS	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUIERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. SUIYARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Francis
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FRESINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. SABRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. SAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. BELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. RESNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. OJERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CAHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Eie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-CÔSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIÈRE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

A Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT, vous me faites l'honneur de présider ce jury.

A Monsieur le Docteur Michel BISMUTH, vous avez co-dirigé ce travail. Merci pour votre disponibilité et votre expérience qui m'ont permis d'enrichir mon travail.

A Madame le Docteur Julie DUPOUY, vous m'honorez en évaluant ce travail. Veuillez recevoir mon respect et ma gratitude pour votre participation.

A Madame le Docteur Céline MAUROUX, tu as dirigé ce travail. Ta motivation, ton intérêt, ta rigueur, ta méthodologie, ta disponibilité et ta patience m'ont permis de tenir le cap pour que ce travail ait du sens.

A Madame le Docteur Odile BOURGEOIS, vous m'avez enseigné l'entretien motivationnel, je vous en remercie.

A mes parents qui m'ont donné l'envie.

A ma famille, merci d'être la base à partir de laquelle je m'élançais, et sur laquelle je viens me reposer.

A Maud, encore une nouvelle étape que nous avons franchie ensemble, avec toi je suis certain qu'il y en aura encore beaucoup d'autres.

A Toulouse qui m'a accueillie. Tu es à la hauteur de mes attentes, ta simplicité et ton authenticité m'ont séduit. Merci à la coloc, ma deuxième famille. Il y a eu de belles rencontres sur le chemin. Merci aux amis, je suis sûr que nous vivrons encore de belles choses ensemble.

A Marseille qui est mon point de départ. Ton soleil, la mer et les pins sont à jamais en moi. Merci aux amis, vous avez fait de ces années de très bons souvenirs. Je suis sûr que nous en ferons encore beaucoup d'autres.

Table des matières

Liste des abréviations	3
Liste des tableaux et figures	4
I. Introduction	5
L'entretien motivationnel	7
II. Méthodes.....	10
II.1 Recherche bibliographique	10
II.1.1 Sources.....	10
II.1.2 Equations de recherche	10
II.1.3 Sélection des articles.....	10
II.2 Type d'étude	10
II.3 Accord préalable du département de médecine générale de Toulouse.....	10
II.4 Méthodes de sélection.....	11
II.4.1 Population source.....	11
II.4.2 Critères d'inclusion.....	11
II.5 Méthodes d'observation.....	11
II.5.1 Questionnaire	11
II.5.2 Contact des personnes ressources	12
II.5.3 Saisie des réponses.....	12
II.6 Méthodes d'évaluation.....	13
II.6.1 Variables évaluées	13
II.6.2 Objectifs secondaires	14
II.6.3 Méthodes d'analyse	14
II.7 Méthodes statistiques	14
III. Résultats	15
III.1 Période d'étude	15
III.2 Description de l'échantillon	15
III.3 Caractéristiques des personnes ressources au sein des départements de médecine générale.....	15
III.4 Connaissance et enseignement de l'entretien motivationnel ou des outils de communication	16
III.4.1 Connaissance de l'entretien motivationnel.....	16
III.4.2 Enseignement de l'entretien motivationnel	16
III.4.3 Les causes d'absence d'enseignement de l'entretien motivationnel	17
III.4.4 A défaut, enseignement délivré pour la communication ou la relation médecin-patient (question ouverte)	17
III.5 Organisation pratique de l'enseignement	18
III.5.1 Durée de l'enseignement et mode de sélection des internes	18
III.5.2 Temporalité et organisation	19

III.5.3 Intitulé de l'enseignement	19
III.6 Contenu et moyens pédagogiques utilisés	20
III.6.1 Idées maîtresses	20
III.6.2 Moyens pédagogiques	21
III.7 Pratique de l'entretien motivationnel par les internes	21
III.7.1 Outils de mise en pratique	21
III.7.2 Pratique durant les stages	22
III.8 Caractéristiques des enseignants	22
III.8.1 Formation à l'entretien motivationnel	22
III.8.2 Enseignants non-médecins généralistes	22
III.9 Evaluation	23
III.9.1 Acquisition des compétences	23
III.9.2 Satisfaction	23
III.10 Analyse en sous-groupe	24
III.10.1 Trois sous-groupes de départements de médecine générale selon la durée de l'enseignement	24
III.10.2 Variables retrouvées dans plus de 50% des enseignements en entretien motivationnel	25
III.11 Commentaires libres	25
III.11.1 La vision de l'entretien motivationnel par les personnes ressources	25
III.11.2 Un enseignement nouveau	25
III.11.3 Temporalité de l'enseignement	26
III.11.4 Une Formation à l'entretien motivationnel en deuxième cycle	26
III.11.5 Les projets	26
IV. Discussion	27
IV.1 Forces de l'étude et résultats principaux	27
IV.2 Comparaison des résultats aux données de la littérature et hypothèses explicatives	28
IV.3 Faiblesses et limites du travail	33
IV.4 Propositions	34
Conclusion	37
Bibliographie	38
Annexes	41

Liste des abréviations

- RMP : Relation Médecin Patient
- CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
- DMG : Département de Médecine Générale
- DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- EM : Entretien Motivationnel
- AFDEM : Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel
- OuVER : acronyme des « savoir-faire » de l'Entretien Motivationnel : questions Ouvertes, Valoriser, Ecoute réflexive, Résumer
- FMC : Formation Médicale Continue
- RDM : Responsable Du Module
- GEP : Groupe d'Echange de Pratique
- DU : Diplôme Universitaire
- ECOS : Examen Clinique Objectif Structuré
- MITI : Motivationnal Interviewing Treatment Integrity code
- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée
- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

Liste des tableaux et figures

Tableaux

- Tableau 1 : Variables évaluées dans les 7 parties du questionnaire.....	13
- Tableau 2 : Statut universitaire et rôle des personnes ressources au sein des départements de médecine générale.....	15
- Tableau 3 : Temporalité et organisation de l'enseignement.....	19
- Tableau 4 : Fréquence de chaque item dans l'enseignement	21
- Tableau 5 : Supports pédagogiques de l'enseignement.....	21
- Tableau 6 : Formation des enseignants à l'entretien motivationnel.....	22
- Tableau 7 : Présentation des sous-groupes et répartition des départements de médecine générale dans chaque groupe.....	24
- Tableau 8 : Douze variables retrouvées dans plus de 50% des enseignements en entretien motivationnel.....	25

Figures

- Figure 1 : Organigramme de l'échantillon sélectionné à partir de la population source.....	16
- Figure 2 : Durée des enseignements et mode de sélection des internes.....	18
- Figure 3 : Contenu de l'enseignement en fonction du département de médecine générale..	20

I. Introduction

L'enseignement de la communication et de la relation médecin-patient dans les études médicales fait actuellement l'objet de réflexions.

Deux colloques récents du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et de la conférence des doyens ont eu lieu en 2012 et en 2017 (1,2). Ils avaient pour titre : « Enseigner, à tous les médecins, la communication professionnelle avec les patients : un enjeu fondamental pour la qualité des soins » et « Former et se former aux habiletés communicationnelles : un enjeu pour mieux soigner ».

Au niveau européen, le projet *European Association for Communication in Healthcare* a pour but de promouvoir dans la relation médecin malade (RMP) une communication centrée sur le patient et fondée sur les preuves (3). Le public visé est constitué de chercheurs, d'enseignants, de praticiens, d'étudiants et de patients. Une étude européenne et pluriprofessionnelle a notamment défini les bases d'un enseignement de la communication en santé (4).

Il existe cependant des freins à l'enseignement de la communication et de la relation médecin-patient. Marie-Thérèse Lussier est co-auteur d'un des livres de référence sur la communication en santé (5). Elle y décrit les barrières à l'étude de ces thèmes dans la formation médicale.

Dans les centres hospitalo-universitaires, les pathologies prises en charge sont majoritairement aiguës et, de fait, la RMP se construit plutôt sur un mode paternaliste. La prise en charge des pathologies infectieuses ou traumatiques par exemple, se fait sur des périodes courtes pendant lesquelles le patient est assez passif et doit accorder toute sa confiance au médecin.

Il existe des croyances en la matière, comme celle selon laquelle la compétence communicationnelle serait déjà acquise lors de l'entrée dans les études. Le fait de savoir s'exprimer diffère de la maîtrise d'une conversation professionnelle. Une bonne communication ne se résume pas à une écoute attentive et à l'expression d'empathie.

Il existe une résistance des soignants face au questionnement concernant leur propre implication subjective dans la relation (6).

Des travaux réalisés témoignent d'un besoin de formation dans ce domaine et de l'efficacité des enseignements mis en place.

Dans sa thèse publiée en 2009, Sarah Bonel montrait que 76,5% des internes de médecine générale rencontraient des difficultés relationnelles dans leur pratique (7).

Soixante-douze pour cent d'entre eux déclaraient que l'enseignement universitaire n'était pas adapté pour leur permettre de les résoudre. Vanessa Castelli rapportait dans sa thèse en 2013 que le thème relationnel était un des plus présents dans les RSCA des internes marseillais (8).

L'efficacité d'une approche centrée sur le patient a été prouvée (9).

Violaine Querbes constatait en 2015 dans sa thèse une amélioration de la qualité de la RMP et de la satisfaction professionnelle chez les médecins généralistes formés aux techniques relationnelles et de communication (10).

L'enseignement durant le diplôme d'études spécialisées de médecine générale intègre les thèmes de la relation médecin-patient et de la communication.

Durant cette période de 3 ans, l'interne en médecine se spécialise en médecine générale. L'interne se professionnalise et devient prescripteur auprès des patients. C'est une période charnière d'apprentissage du métier, en particulier pour la RMP.

Une réforme du troisième cycle des études médicales devrait entrer en vigueur pour la rentrée universitaire 2017-2018 (11,12). La RMP et la communication constituent l'une des 6 compétences à acquérir lors de la formation du médecin généraliste. L'interne doit notamment « *savoir développer l'approche centrée patient à travers le modèle biopsychosocial* », « *savoir s'assurer de la compréhension de l'information transmise* » et « *gérer son stress et connaître ses limites* ». Pour permettre ces apprentissages, des méthodes de simulation en santé, notamment relationnelles, l'apprentissage en contexte professionnel réel sur la base d'ateliers pratiques avec séances de débriefing et rétroaction ou encore des groupes de formation à la relation thérapeutique sont encouragés.

La RMP et la communication sont abordés durant le DES à travers plusieurs supports. Les groupes d'échanges de pratique permettent aux intervenants de partager leurs expériences et le vécu de leur pratique professionnelle. Les groupes Balint sont plus axés sur la RMP. Ils permettent aux intervenants de travailler en groupe sur leur implication propre dans la RMP avec l'aide d'un psychanalyste. La RMP et la communication sont enfin abordées dans des situations spécifiques comme par exemple l'annonce d'une mauvaise nouvelle ou l'approche de la dépendance au tabac.

Au département de médecine générale (DMG) de Toulouse, l'approche de la formation par compétence est mise en place depuis 4 ans. Des ateliers d'échanges de pratique sont régulièrement organisés pour les internes. La formation théorique est structurée par des situations cliniques en rapport avec le référentiel métier et compétences (13). La RMP et la communication sont notamment abordées dans le cadre de l'addictologie, de l'éducation

thérapeutique ou de formations à la régulation d'appels téléphoniques. Plusieurs notions sont abordées comme le diagnostic éducatif et l'approche biopsychosociale, le cercle de Prochaska & Di Clemente, la balance décisionnelle ou encore l'entretien motivationnel (EM).

L'EM constitue une approche facile d'accès permettant d'appréhender les principes importants de la communication et de la RMP.

L'entretien motivationnel

L'EM a été développé dans les années 1980 par William R. Miller, professeur de psychologie et de psychiatrie à l'université du Nouveau Mexique, et par Stephen Rollnick, psychologue et professeur à l'université de Cardiff au Pays de Galles(14).

L'efficacité de cette technique de communication a été scientifiquement démontrée. Des méta-analyses et revues récentes montrent son application en soins primaires dans le sevrage au tabac, à l'alcool et aux autres substances, pour la perte de poids, la réduction de la tension artérielle ou encore l'observance du traitement du VIH ou de l'asthme (15–18). Ceci y compris avec des sessions de 15 à 20 minutes et des intervenants avec une formation minimale (16). La Haute Autorité de Santé, dans le cadre de sa recommandation "Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours" sortie en 2014, a édité une fiche mémo dans le cadre du sevrage tabagique sur l'EM qu'elle juge "particulièrement utile en médecine générale" (19).

L'EM est un style de conversation collaboratif visant à renforcer les motivations propres de la personne et son engagement vers le changement. L'ambivalence d'un patient lui fait envisager son comportement sous deux versants : le changement et le "statu quo". L'EM se concentre sur l'exploration et la résolution de l'ambivalence. L'évocation des bénéfices et des inconvénients pour chacune des options aideront à diminuer la résistance au changement du patient.

L'association francophone de diffusion de l'EM (AFDEM) est l'organisme de référence en France (20). Cette association propose des formations à l'EM pour différents publics travaillant dans le soin, la prévention, le conseil, l'action sociale ou éducative. Elle promeut l'échange et la réflexion sur les champs d'application et le matériel pédagogique de l'EM.

Le modèle trans-théorique du cercle de Prochaska & Di Clemente ne fait pas partie

de l'EM (21). Il y est souvent associé pour aborder le processus de changement chez le patient. Prochaska & Di Clemente décomposent le changement en 6 stades.

Le stade de non implication : le patient ne se sent pas concerné, il n'envisage pas le changement et voit seulement les bénéfices de son comportement.

Le stade de réflexion : il se sent concerné mais hésite à abandonner les bénéfices. Il exprime de l'ambivalence et élabore une balance décisionnelle.

Le stade de décision/préparation : il se sent prêt à changer.

Le stade d'action : le patient s'engage dans le changement avec les difficultés que cela occasionne.

Le stade de maintien : il reste prudent pour résister aux tentations de retomber dans le comportement problématique.

Le stade de rechute : processus normal du changement, qui peut être nécessaire pour la réussite finale du processus.

Les besoins du patient vont être différents selon le stade où il se trouve.

L'esprit de l'entretien motivationnel repose sur quatre principes.

La collaboration s'opère entre deux experts, le médecin dans son domaine et le patient sur sa situation.

Le non-jugement permet de reconnaître la valeur inconditionnelle de chaque individu avec une empathie approfondie. Le non-jugement amène également à valoriser le patient et à soutenir son autonomie.

L'altruisme promeut de façon active le bien-être de l'autre.

L'évocation vise à faire émerger les ressources que le patient a en lui pour l'aider à changer de comportement.

L'EM se décompose en 4 processus.

L'engagement dans la relation amène à établir un lien de confiance respectueux, réciproque et aidant avec le patient.

La focalisation permet de trouver un ou plusieurs objectifs donnant une direction pour la suite de la consultation.

L'évocation consiste à faire émerger, reconnaître et renforcer le « discours-changement » chez le patient.

La planification permet de développer un plan de changement et de renforcer l'engagement tout en faisant preuve de soutien.

On dénombre 4 « savoir-faire » essentiels dans l'EM définis par l'acronyme « OuVER »

Les questions Ouvertes obligent le patient à prendre le temps de réfléchir et offrent une grande latitude de réponse. Elles commencent par exemple par : « Qu'est-ce que... ? » ; « Comment... ? » ; « De quelle manière... ? ».

Valoriser équivaut à reconnaître, soutenir et encourager le patient en s'appuyant sur ses capacités et ses efforts.

L'écoute réflexive s'effectue en faisant des hypothèses sur ce que la personne veut dire. L'intervenant procède à des reformulations du discours du patient. Il lui donne des rétroactions pour lui signifier que ses paroles ont été comprises et pour l'inciter à continuer. Ces interventions constituent des « reflets ». Les reflets pourront être plus ou moins élaborés, en ajoutant du sens ou en mettant l'accent sur certains aspects évoqués par le patient.

Résumer consiste à synthétiser les informations offertes par le patient afin de faire une transition ou de conclure. Les avantages et les inconvénients du changement et du statu-quo sont présentés au patient pour lui permettre d'élaborer une balance décisionnelle.

Les données françaises sur la formation à l'EM durant le DES de médecine générale en France sont peu nombreuses. Caroline Hocry a rapporté dans sa thèse qu'en 2012-2013, 30% des DMG français faisaient de la formation à l'EM (6). Deux travaux de thèse rapportent de façon isolée la présence d'un enseignement à l'EM durant le DES dans 2 DMG français. Dans sa thèse, Morgane Vidailiac rapportait pour Tours un enseignement présent depuis 2011 (22). Cette formation était initialement faite sur 2 jours puis s'est étendue à 3 jours à la demande des internes. Océane Toussaint à Amiens rapportait la présence de formation sur une journée dans le cadre de l'aide à l'arrêt du tabac (23).

Au département de médecine générale de Toulouse, l'EM est abordé au cours de journées dédiées à l'addictologie et à l'éducation thérapeutique. Sont notamment abordés l'esprit de l'EM et les outils de base. Comment l'EM est-il enseigné dans les autres DMG de France durant le DES de médecine générale ?

L'objectif principal est de dresser un état des lieux en France de la formation à l'EM durant le DES de médecine générale en France.

En cas d'absence d'une formation à l'EM au sein d'un DMG, cette étude cherchera à recenser succinctement le contenu et les modalités d'une formation plus large aux outils de la communication ou à la RMP.

II. Méthodes

II.1 Recherche bibliographique

II.1.1 Sources

L'ouvrage de référence sur l'EM, les bases de données Pubmed, Cochrane, Elsevier-Masson, la Banque de Données de Santé Publique, Sudoc et CISMEF ainsi que les articles de la revue *Exercer* ont été consultés (14). La dernière mise à jour a été effectuée le 4.07.17.

II.1.2 Equations de recherche

Les mots clefs utilisés pour les équations de recherche étaient

- « Entretien Motivationnel », « Motivational interviewing » ;
- « étudiant », « student », « interne », « résident » ;
- « études médicales », « medical education » ;
- « apprentissage », « learning », « formation », « training », « teaching ».

II.1.3 Sélection des articles

L'équivalent des internes de médecine générale à l'étranger est constitué par les « family medicine residents » et les « primary care residents ». Les études sélectionnées portaient sur cette population d'étudiants (24–28).

La seule revue de la littérature ayant été trouvée pour l'enseignement de l'EM pendant l'équivalent de l'internat en France concerne des études américaines sur la période du « graduate medical education » (29). Elle correspond à la partie finale des études durant 3 à 7 ans. L'étudiant en médecine apprend alors une spécialité, comme la « family practice » (médecine de famille) par exemple.

II.2 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive transversale quantitative.

II.3 Accord préalable du département de médecine générale de Toulouse

Les méthodes de l'étude ont été soumises en commission « recherche et thèse », et l'accord du DMG de Toulouse a été obtenu pour débiter l'enquête.

II.4 Méthodes de sélection

II.4.1 Population source

L'étude concernait l'ensemble des DMG de France métropolitaine et d'outre-mer.

II.4.2 Critères d'inclusion

Les facultés de médecine françaises (annexe 1) sont recensées sur le site internet du CNGE. La "personne ressource" a été sélectionnée à partir de l'organigramme présent sur le site internet du DMG de chaque faculté. Quand le site ne présentait pas d'organigramme, le secrétariat du DMG a été contacté. L'objet du travail a alors été présenté pour une mise en relation avec la personne ressource.

La personne ressource recherchée était alternativement le référent pédagogique, le coordonnateur de DES, le directeur du DES, un enseignant spécifique à la communication ou enfin un enseignant spécifique à la RMP.

II.5 Méthodes d'observation

II.5.1 Questionnaire

Le questionnaire se trouve en annexe 2.

II.5.1.a Composition

Le questionnaire était composé de 30 questions dont 28 étaient fermées et 2 ouvertes.

Le questionnaire comportait 7 parties :

- Identité de la personne ressource ;
- Connaissance et enseignement de l'EM ou des outils de communication ;
 - Si une formation à l'EM était délivrée :
- Organisation pratique ;
- Contenu et moyens pédagogiques utilisés ;
- Pratique de l'EM par les internes ;
- Enseignants ;
- Evaluation.

Pour les questions fermées, lorsque les réponses données ne figuraient pas dans la liste des items préremplis, un espace « autre » permettait leur saisie.

D'éventuels commentaires libres étaient recueillis à la fin de l'étude.

II.5.1.b Sources

Ce travail s'est basée sur le livre de référence sur l'EM et sur les conseils donnés par leurs auteurs pour son enseignement (30,31). Le questionnaire a été élaboré à partir d'une revue récente de la littérature, d'exemples de mise en place de formations et de la thèse de Morgane Vidailac (22,26,28,29). Les questions ont été affinées grâce à l'expertise d'un médecin réalisant un enseignement local à l'EM dans le cadre de la Formation Médicale Continue (FMC).

II.5.2 Contact des personnes ressources

Un mail de présentation (annexe 3) introduisait ce travail. En cas de participation à l'étude, un rendez-vous téléphonique était fixé avec envoi préalable du questionnaire.

II.5.3 Saisie des réponses

Le renseignement du questionnaire avait été chronométré au préalable et les entretiens téléphoniques étaient prévus pour durer une vingtaine de minutes. Au cours de ces entretiens, les réponses ont été saisies dans le questionnaire prérempli sur un formulaire Google Forms.

II.6 Méthodes d'évaluation

II.6.1 Variables évaluées

Tableau 1 : variables évaluées dans les 7 parties du questionnaire

1. Identité de la personne ressource <ul style="list-style-type: none">- Statut universitaire- Rôle au sein du DMG
2. Connaissance et enseignement de l'EM ou des outils de communication <ul style="list-style-type: none">- Proportion de DMG connaissant l'EM- Proportion de DMG enseignant l'EM- Si absence d'enseignement, identification des freins
EN CAS DE PRESENCE D'UN ENSEIGNEMENT D'EM
3. Organisation pratique <ul style="list-style-type: none">- Mode de sélection des internes- Durée en heure sur le DES- Temporalité sur les 3 années- Nombre de sessions- Intitulé de l'enseignement- Sinon, intitulé du module incluant l'enseignement
4. Contenu & moyens pédagogiques utilisés <ul style="list-style-type: none">- Idées maîtresses de l'enseignement- Moyens pédagogiques utilisés
5. Pratique de l'EM par les étudiants <ul style="list-style-type: none">- Possibilité de pratique de l'EM- Si oui, moyens de cette pratique- Formation à l'EM durant les stages- Si oui, moyens de cette formation
6. Enseignants <ul style="list-style-type: none">- Formation des enseignants- Intervention de professionnels non-médecins- Si oui, profession
7. Evaluation <ul style="list-style-type: none">- Présence d'une évaluation des acquisitions des internes- Si oui, moyens de cette évaluation- Résultats de cette évaluation- Présence d'une évaluation de la satisfaction des internes- Si oui, résultats de cette évaluation

Les idées maîtresses recherchées dans le contenu des enseignements étaient :

- Le modèle théorique du cercle de Prochaska&Di Clemente ;
- La notion d'ambivalence chez le patient ;
- L'esprit de l'EM: collaboration, évocation et respect de l'autonomie ;
- Les compétences OUVÉR (questions OUvertes, Valorisation, Ecoute active et reflets, synthèse et Résumés) ;

- Reconnaître et renforcer le discours changement (désirs, capacités, raisons, besoins et engagement à changer) ;
- Les échelles d'importance et de confiance ;
- Rouler avec la résistance, susciter la discordance.
- Développer un plan de changement ;
- Savoir passer à une autre méthode.

II.6.2 Objectifs secondaires

En cas d'absence de formation à l'EM au sein du DMG, une éventuelle formation plus large aux outils de la communication ou à la RMP a été succinctement recensée.

II.6.3 Méthodes d'analyse

II.6.3.a Analyse prévue initialement

Les différentes réponses préremplies dans le questionnaire ont été comptabilisées et comparées.

Il a été choisi de ne pas exposer le rôle et le statut des personnes ressources dans les résultats complets (annexe 4) pour anonymiser les réponses.

Les réponses « autre » ont fait l'objet de regroupements lorsque leur sens était proche dans un objectif de clarté de la présentation.

II.6.3.b Analyse à posteriori

Une analyse en sous-groupe a été effectuée. Les DMG ont été regroupés en fonction de la durée des enseignements afin d'observer la présence de similitudes pour certaines variables.

Les variables qui étaient présentes dans plus de 50% des enseignements ont également été recensées.

II.7 Méthodes statistiques

Des pourcentages ont été calculés à partir des réponses des DMG.

Une médiane et une moyenne ont été calculées pour la durée des enseignements.

Grâce au calcul de l'écart-type des différentes durées d'enseignements des DMG, un intervalle de confiance à 95% a été calculé pour la moyenne avec un risque $\alpha=0,05$ et coefficient critique $t=1,960$.

III. Résultats

Le détail des résultats se trouve en annexe 4.

III.1 Période d'étude

Les entretiens téléphoniques pour le renseignement du questionnaire se sont déroulés du 14 novembre 2016 au 6 juillet 2017.

III.2 Description de l'échantillon

Trente-deux des 35 DMG français m'ont accordé un entretien téléphonique, soit une participation de 91%.

III.3 Caractéristiques des personnes ressources au sein des départements de médecine générale

Tableau 2 : Statut universitaire et rôle des personnes ressources* au sein des départements de médecine générale

Caractéristiques	Personnes ressources (n=32)
Statut universitaire	
Maître de Conférence Associé	11 (34)
Enseignant Attaché	5 (16)
Chef de Clinique Assistant	5 (16)
Professeur Universitaire Associé	5 (16)
Professeur Universitaire Praticien Hospitalier	3 (9)
Maître de Conférence Universitaire	3 (9)
Rôle au sein du DMG	
Responsable du module (RDM) communication	6 (19)
Responsable pédagogique	6 (19)
RDM entretien motivationnel	4 (13)
RDM relation médecin-patient	3 (9)
RDM addictologie	2 (6)
Responsable des groupes d'échange de pratique	2 (6)
Directeur du DMG	2 (6)
Coordonateur du DMG	2 (6)
Autres	5 (16)

**les données sont des effectifs (avec pourcentages)*

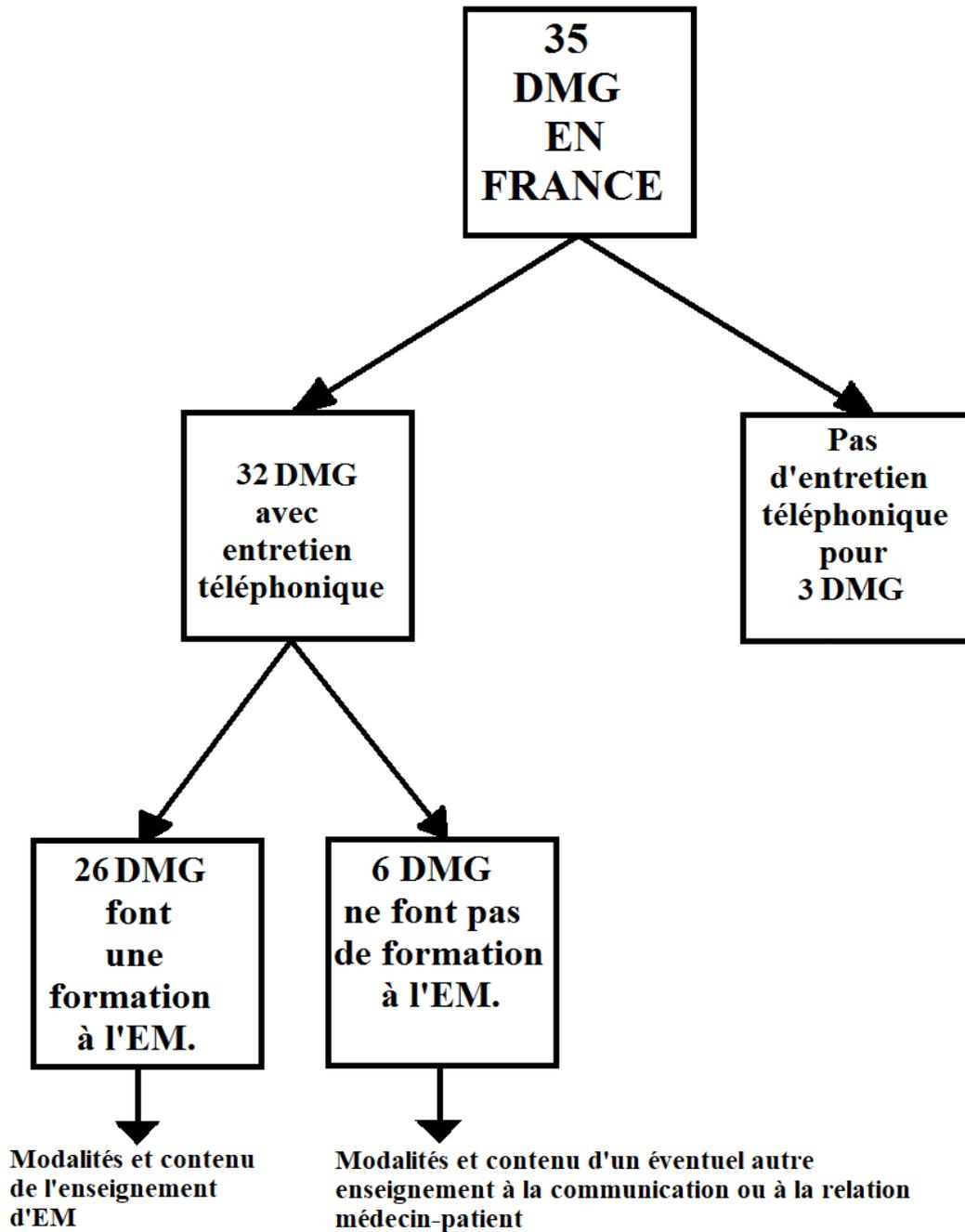
III.4 Connaissance et enseignement de l'entretien motivationnel ou des outils de communication

III.4.1 Connaissance de l'entretien motivationnel

Toutes les personnes interrogées connaissaient l'EM.

III.4.2 Enseignement de l'entretien motivationnel

Figure 1. Organigramme de l'échantillon sélectionné à partir de la population source



Quatre-vingt-un pour cent des DMG interrogés enseignaient l'EM.

III.4.3 Les causes d'absence d'enseignement de l'entretien motivationnel

Pour les 6 DMG ne délivrant pas de formation à l'EM, les raisons rapportées étaient :

- « *un sujet non prioritaire* » pour 4 DMG ;
- « *une carence en ressources humaines* », « *une carence en ressources financières* » et « *autre : un manque d'intérêt des internes* » pour 2 DMG.

III.4.4 A défaut, enseignement délivré pour la communication ou la relation médecin-patient (question ouverte)

Le détail des réponses à cette question se trouvent en annexe 5.

Les éléments principaux retrouvés étaient :

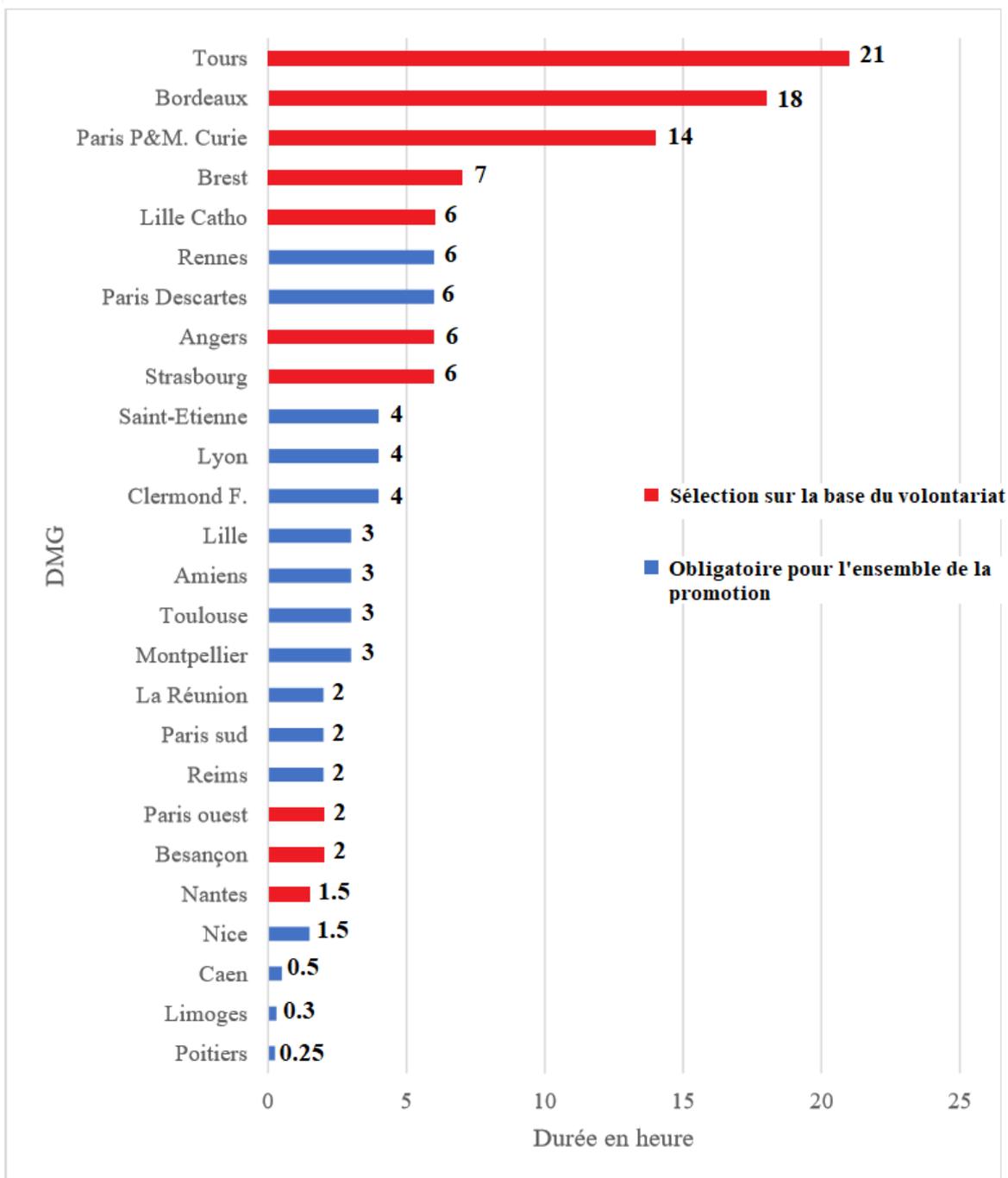
- l'utilisation du guide Calgary Cambridge comme référentiel pour 2 DMG (32) ;
- le recours aux Groupes d'Echange de Pratiques (GEP) dans 3 DMG ;
- les groupes Balint pour le travail sur la RMP dans 2 DMG.

NB : Les pourcentages rapportés dans les parties III.5 à III.10 portent uniquement sur les 26 DMG dispensant une formation à l'EM.

III.5 Organisation pratique de l'enseignement

III.5.1 Durée de l'enseignement et mode de sélection des internes

Figure 2. Durée des enseignements et mode de sélection des internes



La durée de l'enseignement à l'EM sur l'ensemble du DES était en moyenne de 5 ± 2 heures, IC95 (3-7). La durée médiane était de 3 heures.

Ces formations étaient obligatoires pour l'ensemble de la promotion pour 16 (62%) DMG et sur la base du volontariat dans 10 (38%) DMG.

III.5.2 Temporalité et organisation

La temporalité renseigne le moment du DES pendant lequel l'enseignement de l'EM était effectué dans le DMG.

Tableau 3 : Temporalité et organisation de l'enseignement*

Caractéristiques	DMG enseignant l'EM (n=26)
Temporalité	
Ensemble du DES	14 (54)
Troisième année	4 (15)
Première et deuxième année	4 (15)
Deuxième année	3 (12)
Deuxième et troisième année	1 (4)
Organisation	
Une session	19 (72)
Trois sessions	3 (12)
Deux sessions	1 (4)
Cinq sessions	1 (4)
Trois séminaires indépendants	1 (4)
Deux séminaires indépendants	1 (4)

**Les données sont des effectifs (avec pourcentages)*

Les internes bénéficiaient donc d'une formation à l'EM en une seule fois pour les enseignements organisés en :

- Une session ;
- Trois séminaires indépendants ;
- Deux séminaires indépendants.

Soit dans 80% des cas.

III.5.3 Intitulé de l'enseignement

L'enseignement s'intitulait « Entretien motivationnel » dans 42% des cas (n=11).

Dans les autres cas, les sessions étaient intégrées dans un enseignement intitulé :

- « relation médecin-patient » pour 6 d'entre elles ;
- « addictologie » pour 5 d'entre elles ;
- « communication » pour 3 d'entre elles ;
- « éducation thérapeutique » pour 2 d'entre elles ;
- « psychothérapie en médecine générale » pour 1 session ;
- « démarche décisionnelle » pour 1 session ;
- « éducation, prévention, santé individuelle et communautaire » pour 1 session.

III.6 Contenu et moyens pédagogiques utilisés

III.6.1 Idées maîtresses

III.6.1.a Items enseignés au sein des départements de médecine générale

Figure 3. Contenu de l'enseignement en fonction du DMG

Tours	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Bordeaux	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Rennes	A	B	C	D	E	F	G	H	
Paris P&M Curie	A	B	C	D	E		G	H	
Reims	A	B	C	D	E		G	H	
La réunion	A	B	C	D	E	F	G		
Toulouse	A	B	C	D	E	F	G		
Caen	A	B	C	D	E	F	G		
Clermont Ferrand	A	B	C	D	E		G		
Besançon	A	B	C	D	E		G		
Saint Etienne	A	B	C	D	E		G		
Poitiers	A	B	C	D	E		G		
Lyon	A	B	C	D	E		G		
Amiens	A	B	C	D	E				
Paris Sud	A	B	C	D				H	
Paris Descartes		B	C	D	E		G		
Strasbourg		B	C	D	E		G		
Brest		B	C	D	E		G		
Nantes	A	B	C	D					
Lille	A	B	C	D					
Montpellier	A	B	C	D					
Angers	A	B	C	D					
Lille Catholique		B	C	D			G		
Limoges		B	C	D					
Nice		B	C	D					
Paris ouest	?								

A. Modèle théorique du cercle de Prochaska&Di Clemente ; B. Notion d'ambivalence chez le patient ; C. Esprit de l'EM : collaboration, évocation et respect de l'autonomie ; D. Compétences OUVRE (questions OUvertes, Valorisation, Ecoute active et reflète, synthèse et Résumés) ; E. Reconnaître et renforcer le discours changement (désirs, capacités, raisons, besoins et engagement à changer) ; F. Echelles d'importance et de confiance ; G. Rouler avec la résistance, susciter la discordance. H. Développer un plan de changement ; I. Savoir passer à une autre méthode ; ?. Contenu inconnu.

III.6.1.b Fréquence de chaque item dans l'enseignement

Le tableau 4 détermine la fréquence d'enseignement de chaque item au sein des formations des 25 DMG ayant détaillé un contenu.

Tableau 4. Fréquence de chaque item dans l'enseignement

ITEM	DMG n=25
B. Notion d'ambivalence chez le patient	25 (100)
C. Esprit de l'EM	25 (100)
D. Compétences OuVER	25 (100)
A. Modèle théorique du cercle de Prochaska&Di Clemente	19 (76)
E. Reconnaître et renforcer le discours changement	17 (68)
G. Rouler avec la résistance, susciter la discordance	17 (68)
H. Développer un plan de changement	6 (24)
F. Echelles d'importance et de confiance	6 (24)
I. Savoir passer à une autre méthode	2 (8)

**Les données sont des effectifs (avec pourcentages)*

III.6.2 Moyens pédagogiques

**Tableau 5. Moyens pédagogiques utilisés par les DMG*
pour l'enseignement de l'EM**

Mode d'enseignement	DMG n=26
Cours magistral/diaporama	26 (100)
Analyse de vidéos	15 (58)
Groupe de parole	4 (15)
Etude de cas	2 (7,5)

**les données sont des effectifs (avec pourcentage)*

III.7 Pratique de l'entretien motivationnel par les internes

Les internes avaient l'opportunité de pratiquer l'EM durant la formation dans 22 (85%) des DMG.

III.7.1 Outils de mise en pratique

Les jeux de rôles étaient utilisés dans 21 (96%) DMG.

Autres outils retrouvés :

- l'entretien avec un patient standardisé et joué par un acteur professionnel dans 1 DMG ;
- l'écriture d'une consultation motivationnelle dans 1 DMG ;
- des exercices de reformulation dans 1 DMG ;
- des exercices « questions ouvertes » et « reflets » dans 1 DMG ;
- des lectures de saynètes dans 1 DMG ;
- du théâtre-action dans 1 DMG.

III.7.2 Pratique durant les stages

Aucun DMG ne proposait d'enseignement pratique formalisé à l'EM durant les stages.

III.8 Caractéristiques des enseignants

III.8.1 Formation à l'entretien motivationnel

Tableau 6. Formation des enseignants* à l'EM

Formation à l'EM	DMG n=26
FMC**	18 (69)
AFDEM†	6 (23)
DU‡ Psychothérapie	3 (12)
Autres§	3 (12)
DU Addictologie	2 (8)
DU Education Thérapeutique	2 (8)
Lectures	2 (8)

**les données sont des effectifs (avec pourcentage) ; **FMC : Formation Médicale Continue ; †AFDEM Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel ; ‡DU : Diplôme Universitaire ; §Autres : DU d'EM pour 1 DMG, DU de suivi du patient diabétique pour 1 DMG, DU de nutrition pour 1 DMG.*

III.8.2 Enseignants non-médecins généralistes

Dans 3 DMG, des intervenants autres que des médecins généralistes participaient à la formation :

- un acteur professionnel pour 1 DMG ;
- un psychiatre pour 1 DMG ;
- un patient expert ancien alcoolique dans 1 DMG.

III.9 Evaluation

III.9.1 Acquisition des compétences

Cinq (19%) DMG évaluaient l'acquisition des compétences des internes dans leur formation.

L'évaluation était basée sur :

- l'analyse de vidéos de la confrontation entre l'interne et l'acteur professionnel dans 1 DMG ;
- la rédaction d'un Récit de Situation Complexe et Authentique d'une expérience personnelle d'EM à soumettre au tuteur dans 1 DMG ;
- une auto-évaluation au cours des jeux de rôle dans 1 DMG ;
- la mesure subjective de la capacité à mener une consultation sur un changement de comportement dans 1 DMG ;
- une interrogation orale sur le ressenti des internes dans 1 DMG.

Trois des 5 DMG ayant effectué cette évaluation ont rapporté des résultats. La progression des internes était :

- « minime » dans 2 DMG ;
- « importante » dans 1 DMG.

III.9.2 Satisfaction

Dix-huit (69%) DMG évaluaient la satisfaction des internes.

Les résultats de cette évaluation étaient :

- « favorable » dans 14 (78%) DMG ;
- « indifférent » dans 2 (11%) DMG ;
- « défavorable » dans 1 DMG ;
- inconnus dans 1 DMG car la formation avait débuté cette année-là.

III.10 Analyse en sous-groupe

III.10.1 Trois sous-groupes de départements de médecine générale selon la durée de l'enseignement

L'analyse des résultats a permis de classer les DMG en fonction de la durée de leurs enseignements. Trois sous-groupes de DMG montrant des similitudes pour certaines variables ont été déterminés. Un DMG n'entrait dans aucun de ces sous-groupes.

Tableau 7. Présentation des sous-groupes et répartition des DMG dans chaque groupe

Variables / Groupe	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Effectif (pourcentage)	3 (11)	20 (77)	2 (8)
Durée	$h \leq 30mn$	$1h30 \leq h \leq 7h$	$18h \leq h \leq 21h$
Mode de sélection	Obligatoire	Obligatoire dans 65% des cas	Volontariat
Moyens pédagogiques	Cours magistral/Diaporama	- Cours magistral/Diaporama - Analyse de vidéos dans 65% des cas	- Cours Magistral/Diaporama - Analyse de vidéos dans 65% des cas
Pratique par les internes	Non	Oui dans 95% des cas	Oui
Nombre de sessions	1 session	1 session dans 80% des cas	3 sessions
Intitulé	Variable	Variable	"Entretien Motivationnel"

III.10.2 Variables retrouvées dans plus de 50% des enseignements en entretien motivationnel

Parmi les 26 DMG effectuant un enseignement en EM, certaines variables ont été retrouvées dans plus de la moitié des cas.

Tableau 8 : Douze variables retrouvées dans plus de 50% des enseignements en EM
1. Obligatoire
2. Durée supérieure ou égale à 3 heures
3. Délivré indifféremment sur l'ensemble du DES
4. Organisé en 1 seule session
5. Idées maîtresses retrouvées
- Modèle théorique du cercle de Prochaska&Di Clemente
- Notion d'ambivalence chez le patient
- Esprit de l'EM
- Compétences « OuVER »
- Reconnaissance et renforcement du discours changement
- Rouler avec la résistance et susciter la discordance
6. Moyens pédagogiques retrouvés
- Cours magistral/Diaporama
- Analyse de vidéos
7. Pratique par les internes
8. Jeux de rôle
9. Pas de pratique proposée pendant les stages
10. Formation des enseignants en FMC
11. Evaluation de la satisfaction des internes
12. Résultats favorables pour la satisfaction des internes

III.11 Commentaires libres

Le détail des réponses à cette question se trouvent en annexe 6.

Les éléments principaux retrouvés étaient :

III.11.1 La vision de l'entretien motivationnel par les personnes ressources

- « Simple mais difficile à maîtriser » ;
- « Un bagage indispensable pour aborder le métier » ;
- « Une boîte à outils dont les internes sont friands » ;
- « L'EM donne une philosophie et un esprit de la RMP ».

III.11.2 Un enseignement nouveau

- « C'est la première année que nous mettons en place cet enseignement » ;

- « Cette année, nous avons mis en place un atelier communication » ;
- « L'enseignement a débuté cette année ».

III.11.3 Temporalité de l'enseignement

- « Il est important que la formation à l'EM soit synchrone avec le stage chez le praticien » ;
- « Il y a parfois des retours négatifs sur cette formation, probablement car délivrée trop tôt dans le DES, les internes n'en voient pas alors l'intérêt pratique » ;
- « Il faut s'être « fatigué » contre la résistance d'un patient chronique pour en voir la réelle portée ».

III.11.4 Une Formation à l'entretien motivationnel en deuxième cycle

- « Il est nécessaire de commencer la formation en 2^o cycle » ;
- « L'EM est déjà abordé par une session de 3 heures durant l'externat » ;
- « La théorie de l'EM est enseignée pendant l'externat ».

III.11.5 Les projets

- « Nous avons le désir de renforcer la formation des internes » ;
- « Nous avons pour objectif de développer un Diplôme Universitaire intitulé « outils RMP » » ;
- « Nous avons le projet de faire venir des patients experts » ;
- « Une formation à l'EM va sans doute être intégrée en troisième année » ;
- « J'aimerais mettre en place une deuxième session de 6 heures, pour avoir une formation de niveau 2 avec des retours sur expérience ».

IV. Discussion

IV.1 Forces de l'étude et résultats principaux

Notre étude est originale en apportant à une échelle nationale des informations complètes et actualisées sur un domaine en expansion.

Avec une participation de 91% des DMG, l'échantillon sélectionné est représentatif. L'entretien téléphonique a constitué un mode de recueil convivial et efficace.

Les 2 questions ouvertes ont permis de faire une ouverture sur l'enseignement de la communication et de la RMP de façon plus large. Les impressions et l'expérience des enseignants dans la mise en place d'un enseignement en progression ont pu être explorées.

Cette étude nous a permis de constater une large diffusion de l'EM dans les DMG français. L'EM était présent pendant le DES de médecine générale chez 81% des DMG interrogés.

Il y avait une **importante hétérogénéité** dans les enseignements d'un DMG à l'autre. Les **durées variaient de 15 minutes à 21 heures** sur l'ensemble du DES, laissant supposer des objectifs pédagogiques très différents. **Les modalités d'enseignement étaient variables**, allant d'une session unique obligatoire à 3 sessions basées sur le volontariat. **La formation des enseignants variait de lectures personnelles à une formation auprès de l'AFDEM.**

L'analyse globale des résultats nous a permis de définir des sous-groupes de DMG (tableau 7).

Un **groupe majoritaire rassemblait 77% des enseignements** et proposait une formation durant **entre 1h30 et 7 heures**. L'objectif était **d'initier la majeure partie des internes à l'EM** en leur proposant un enseignement théorique et pratique plus ou moins poussé.

Deux autres groupes minoritaires étaient présents. Le premier délivrait une **information sur l'EM en moins de 30 minutes**, et le second une **formation basique durant plus de 18 heures**.

Les disparités constatées dans les enseignements de l'EM montrent qu'il serait nécessaire d'établir un référentiel national pour les modalités et le contenu de l'enseignement de l'EM.

IV.2 Comparaison des résultats aux données de la littérature et hypothèses explicatives

L'enseignement de l'EM durant le DES de médecine générale en France est en progrès. Caroline Hocry a étudié dans sa thèse l'enseignement de la communication et de la RMP durant le DES de médecine générale en France de façon plus globale (6). Elle a montré qu'en 2012-2013, 30% des DMG Français effectuaient un enseignement en EM. Le présent état des lieux rapporte la présence de l'EM dans l'enseignement de 81% des DMG interrogés. Cette augmentation traduit l'intérêt porté à cette approche.

L'EM a été décrit par les personnes ressources de notre étude comme « une technique de référence en communication », « un bagage indispensable » et « une priorité à enseigner » (annexe 6).

Dans les commentaires libres, 4 DMG avaient pour projet de développer leur enseignement pour l'an prochain. Deux des 6 DMG ne réalisant pas d'enseignement en EM projetaient d'en mettre un en place l'an prochain.

L'absence de formation à l'EM était due à des choix pédagogiques ou à un manque de moyens.

Parmi les 6 DMG ne dispensant pas d'enseignement de l'EM, 4 ont rapporté que ce sujet n'était pas prioritaire. Deux DMG ont fait le choix du guide Calgary-Cambridge comme référentiel pour l'enseignement de la communication et de la RMP. Dans d'autres DMG, l'EM ne convenait pas à la forme d'enseignement choisie pour aborder le thème de la communication et de la RMP. L'enseignement se faisait alors de façon analytique en s'appuyant sur des ateliers d'échanges de pratique. Dans leur article sur l'apprentissage de la communication par les médecins, Milette et Lusier définissaient la contextualisation des apprentissages et l'analyse des pratiques comme nécessaires mais insuffisants (33).

La problématique de la carence en ressources humaines et financières avait déjà été rapportée dans la thèse de Caroline Hocry (6). Le CNGE et le Syndicat National des Généralistes enseignants ont publié le 1er janvier 2015 un rapport sur la filière universitaire de médecine générale (34). Cette carence et l'inégale répartition des enseignants laissent craindre la survenue d'un enseignement à plusieurs vitesses.

L'entretien motivationnel a tendance à être considéré comme une approche globale et non comme un outil spécifique. Dunhill rapportait une plus grande efficacité de l'enseignement de l'EM lorsque celui-ci était dispensé de façon « non thématique » (29). Plutôt que de circonscrire l'EM à la tabacologie ou à la diabétologie, mieux valait l'enseigner

comme un outil général de la communication et de la RMP.

L'intitulé de la majorité des sessions d'enseignement des DMG interrogés entrainait dans ce cadre. L'enseignement de l'EM se faisait dans un cours spécifique ou était intégré dans une formation à la communication, à la RMP ou à l'éducation thérapeutique par exemple. Seuls 6 DMG traitaient l'EM dans un domaine spécifique (« addictologie » pour 5 DMG et « psychothérapie » dans 1 DMG).

La communication et la RMP tendent à être reconnues comme des compétences globales, et non comme des outils conçus pour des situations particulières.

L'enseignement en session unique ne constitue pas une organisation optimale. De nombreux enseignements rapportés dans la méta-analyse de Dunhill étaient réalisés en une seule session (29). L'auteur faisait le constat que ce mode d'organisation avait une efficacité limitée. Il recommandait une formation délivrée dans le temps avec des rappels. Dans notre étude, la formation à l'EM était réalisée en une seule session dans 80% des cas.

L'AFDEM recommande fortement des rappels et des rétroactions à distance pour le maintien des apprentissages. Dans un souci pratique, la formation de base de l'AFDEM se fait sur 3 journées continues. Dans l'enseignement de la faculté de Tours rapporté dans la thèse de Morgane Vidaillac, les deux premières journées étaient espacées d'un mois et la troisième se déroulait à trois mois (22).

Les durées d'enseignement variaient fortement mais trois profils d'enseignement se dégageaient

Caroline Hocry rapportait dans sa thèse que la durée moyenne d'enseignement de la communication/RMP était de 21,4 heures sur l'ensemble du DES (6). Notre travail aborde ce thème de façon plus précise à travers l'EM. Cela explique une moindre durée consacrée à cet enseignement (en moyenne 5 heures sur l'ensemble du DES).

Les durées variaient de 15 minutes à 21 heures. Ainsi, la médiane de 3 heures est plus représentative pour la durée des enseignements français. Cette hétérogénéité importante se retrouve dans la littérature (29). Les enseignements dispensés dans les études variaient d'une formation faite sur 2 heures, à un enseignement réparti sur 4 semaines ou encore à un cursus longitudinal (24–26). L'absence de référentiel commun pour les modalités d'enseignements, que ce soit durant le DES en France ou à l'étranger, explique cette variabilité dans la durée des formations.

La formation de base de l'AFDEM et la formation de Tours rapportée dans la thèse de Morgane Vidaillac se faisaient sur 3 journées, soit 21 heures (22).

Dans l'analyse en sous-groupe, le groupe majoritaire rassemblait 77% des enseignements. L'enseignement délivré pourrait être qualifié d'« initiation ». La formation concernait la majorité des internes et le contenu essentiel de l'EM était dispensé. Une pratique était proposée dans la quasi-totalité des cas. En fonction des DMG de ce groupe, cette initiation était plus ou moins poussée (les durées variaient de 1h30 à une journée complète).

Le second groupe le plus fréquent rassemblait 11% des enseignements. L'enseignement délivré pourrait être qualifié d'« information ». Les enseignants cherchaient à faire connaître l'existence de l'EM à l'ensemble des internes et à leur donner les ressources afin qu'ils puissent compléter la formation par eux-mêmes.

Le dernier groupe rassemblait 8% des enseignements. L'enseignement délivré pourrait être qualifié de « formation basique ». La formation ne concernait qu'une partie des internes. Une formation de base solide sur l'EM leur était délivrée. Cette formation était répartie dans le temps pour permettre un bon ancrage des notions.

La participation basée sur le volontariat, présente pour 38% des enseignements, permet aux intervenants d'avoir des effectifs réduits d'internes plus intéressés. L'enseignement réalisé est alors plus approfondi.

Un socle de contenu basique a été retrouvé dans les enseignements. Pour initier un apprentissage de l'EM, il est recommandé d'insister sur l'esprit de l'entretien motivationnel.

Miller décompose l'apprentissage de l'EM en 8 étapes (30). Le socle d'enseignement constitué par l'esprit de l'EM et les compétences « OuVER » constitue les 2 premières étapes. Il était retrouvé dans la totalité des DMG de notre étude. « Reconnaître et renforcer le discours-changement » et « rouler avec la résistance » sont les 2 étapes suivantes. Elles étaient toutes deux présentes dans 68% des DMG.

Dunhill rapportait que les items les plus souvent retrouvés dans les études étaient l'écoute active, les questions ouvertes, les reflets, les résumés, « rouler avec la résistance », le discours-changement et la focalisation sur l'objectif du patient (29).

Dans la formation de Tours rapportée dans la thèse de Morgane Vidailac, l'ensemble des items de notre questionnaire était traité, y compris le cercle de Prochaska & Di Clemente (22).

L'AFDEM insiste sur l'esprit de l'EM, l'empathie et la notion de réflexe correcteur (tendance naturelle des soignants à diriger les patients dans les choix à adopter) dans sa formation de base.

L'apprentissage doit se faire de façon interactive et multimodale dans le cadre d'une approche centrée sur le patient.

Dunhill recommande l'utilisation d'une multiplicité de moyens pédagogiques. Les principaux moyens retrouvés dans les études sont la projection de vidéos et la discussion de cas-cliniques (29). L'analyse de vidéos est retrouvée dans 58% des enseignements de notre étude.

Le diaporama est un support classique pour les cours en médecine. Il était retrouvé dans la totalité des enseignements de notre étude. Plusieurs DMG recommandaient un minimum de projections pour favoriser un cours interactif (annexe 6). La formation en EM prend habituellement la forme d'ateliers visant à aider les participants à trouver par eux-mêmes les notions à intégrer.

Les internes ont pu se mettre à la place du patient grâce aux jeux de rôle et aux vidéos.

La venue d'un patient expert dans un DMG a été « un point fort » de la formation pour les internes (annexe 6).

Le recours à un acteur professionnel au DMG de Saint-Etienne a fait l'objet d'un travail de thèse qui a montré une satisfaction de 91,6% des internes ayant participé (35). Le coût important que représente l'acteur professionnel est « contrebalancé par un grand apport pédagogique » (annexe 6). L'intérêt des Examens Cliniques Objectifs Structurés (ECOS) dans l'apprentissage des compétences en communication et dans la relation médecin-malade a été prouvé (36).

La formation théorique est indissociable de la pratique. Dunhill soulignait l'importance d'une mise en pratique des notions avec retours d'expérience (29). Dans la littérature, la majeure partie des enseignements associait des exercices pratiques avec rétroactions. Ces exercices consistaient en des jeux de rôle, des entretiens avec des patients standardisés, des observations directes de la pratique clinique et des ECOS.

Dans notre étude, 85% des enseignements associaient la pratique à la formation théorique. Cette mise en pratique passait par des jeux de rôle dans 96% des cas. L'entretien avec un patient standardisé n'était présent que dans 1 DMG.

La formation était absente des stages et ne se faisait pas en fonction de l'expérience et de l'évolution des besoins de l'interne.

Aucun des DMG ne proposait de formation formalisée à l'EM durant les stages. La pratique clinique avec le patient semble pourtant être le terrain idéal pour l'acquisition de compétence en communication et en RMP. Le CNGE recommande une évaluation des

compétences de l'interne en situation réelle (37).

Le manque d'expérience de l'interne est insuffisamment pris en compte pour la temporalité de l'enseignement. Cinquante-quatre pour cent des DMG de notre étude réalisaient leur formation indifféremment sur l'ensemble du DES. Cela avait déjà été rapporté dans la thèse de Caroline Hocry pour l'enseignement de la RMP et de la communication (6).

Plusieurs personnes ressource ont souligné l'importance d'un enseignement de l'EM synchrone au stage chez le praticien. D'autres ont même rapporté un certain désintérêt lorsque l'enseignement était délivré trop tôt, lors de stages hospitaliers (annexe 6).

La formation de référence pour l'EM était minoritaire chez les enseignants. Ces derniers étaient majoritairement des médecins généralistes.

Bernard et Lussier rappelaient dans leur article sur l'apprentissage de la communication par les médecins que les enseignants sont des modèles de rôle (33). Il apparaît donc important que l'enseignement de l'EM soit effectué par des médecins généralistes pour témoigner de l'importance de cette approche dans la pratique clinique. Dans notre étude, la majorité des enseignants étaient des médecins généralistes. Seuls un psychiatre et un représentant de malades intervenaient dans 2 DMG. Dans l'enseignement de Tours rapporté par la thèse de Morgane Vidailiac, l'intervenante provenait d'un organisme de formation externe au DMG (22). Au sein de l'AFDEM, les formateurs sont des médecins, mais aussi des infirmières, des psychologues ou des éducateurs spécialisés.

Seuls 23% des enseignants s'étaient formés à l'EM auprès de l'AFDEM. La FMC qui est le moyen le plus fréquent de formation des enseignants à l'EM renvoie à des modalités hétérogènes.

L'évaluation de l'acquisition des compétences n'était pas standardisée.

Dans la plupart des enseignements rapportés par Dunhill, des pré-tests et des post-tests étaient effectués pour évaluer l'impact de l'intervention (29). L'importance que revêtait l'aide au changement du patient par les internes et leur confiance dans leur capacité à la mener à bien étaient recueillies. Ces évaluations reposaient sur l'observation directe de la pratique clinique et sur des ECOS. Les méthodes d'évaluation étaient souvent non-standardisées. Deux tests validés ont été retrouvés. Le « Motivational Interviewing Treatment Integrity Code » (MITI) permet d'évaluer l'esprit, les principes et les techniques de l'EM en se basant sur l'analyse d'un entretien avec un patient et le « Helpful Responses Questionnaire » qui évalue la réponse du professionnel, en fonction des stratégies de l'EM

utilisées, à la suite de six affirmations de patients standardisées (38,39).

Sur les 4 études ayant évalué les acquisitions de compétences en EM, trois ont rapporté une progression des internes.

Dans la thèse de Morgane Vidaillac, les internes s'entretenaient avec un patient standardisé avant et après la formation (22). Les entretiens étaient enregistrés en audio puis codés avec la grille MITI. La comparaison des scores montrait une progression des internes.

Dans notre étude, les évaluations d'acquisition de compétences n'étaient effectuées que dans 19% des enseignements et n'étaient pas standardisées. Ce faible taux d'évaluation pourrait s'expliquer par le manque de connaissance et le caractère chronophage des outils d'évaluation validés.

Une progression était rapportée par les 3 DMG qui ont communiqué leurs résultats.

La majorité des DMG délivrant un enseignement rapportaient que les internes étaient satisfaits de l'enseignement.

Dans la méta-analyse de Dunhill, les enseignements délivrés étaient appréciés des internes, en particuliers les ECOS et les rétroactions (29).

Morgane Vidaillac rapporte dans sa thèse que la formation a été « largement appréciée » par les internes (22).

Notre étude rapporte que l'enseignement était apprécié des internes dans 78% des cas.

IV.3 Faiblesses et limites du travail

Un biais de sélection mineur peut être évoqué du fait du renseignement du questionnaire par une unique personne ressource. Cependant plusieurs personnes interviennent dans un enseignement. En n'interrogeant qu'une seule personne ressource, cet état des lieux n'a pas pu saisir les différences de modalités d'enseignement entre les intervenants. Pour limiter ce biais de recrutement, des précautions avaient été prises dans le mail de contact (annexe 3) pour interroger la personne ressource la plus à même de renseigner le questionnaire.

La personne ressource n'avait parfois qu'un lien indirect avec l'enseignement. Tel était le cas lorsqu'elle était responsable pédagogique ou coordonnateur du DES du DMG par exemple. L'organisation très structurée des DMG permet de limiter ce biais car les équipes pédagogiques sont au fait des enseignements dispensés.

Des choix méthodologiques ont imposé une saisie indirecte des réponses. L'analyse subjective des résultats a pu entraîner un biais de retranscription.

En privilégiant les entretiens téléphoniques, les réponses des personnes ressources ont été saisies indirectement sur le formulaire Google Forms.

La disponibilité des personnes ressource était parfois réduite. Dans ces cas, le renseignement du questionnaire a dû se faire en un temps limité. Bien qu'une attention particulière ait été portée pour reporter fidèlement les réponses, des erreurs ont pu apparaître.

Le regroupement des réponses « autres » a permis une simplification de leur exploitation mais s'est fait au détriment de la précision.

IV.4 Propositions

L'analyse globale des résultats de cette étude nous permet de faire des propositions pour la mise en place d'un enseignement commun de l'EM durant le DES de médecine générale en France.

L'enseignement de l'EM devrait être intégré à une formation plus large à la communication et à la RMP.

Dans leur article sur l'apprentissage de la communication par les médecins, Milette et Lussier rapportent les 6 éléments d'une stratégie efficace pour l'enseignement et l'apprentissage de la communication : un référentiel basé sur des données scientifiques probantes, une pratique des habiletés avec rétroaction spécifique, un cursus cohérent et longitudinal, un processus d'évaluation des apprentissages, des activités de « découverte de soi » et des cliniciens modèles de rôle (33).

L'EM n'est pas la seule approche basée sur des données scientifiques probantes. L'EM a ses limites et ses indications. Il est important de savoir passer à d'autres types d'approche. Ce travail m'a permis de découvrir le guide Calgary-Cambridge qui était la référence pour l'enseignement de la communication et la relation médecin-malade dans 2 DMG (32).

Les activités de « découverte de soi » comportent les groupes d'échanges de pratique et plus particulièrement les groupes Balint.

Des exemples de ce type de cursus pour la communication et la RMP sont disponibles (40,41).

La formation à l'EM devrait se faire à travers un cursus longitudinal et pourrait être

débutée en deuxième cycle.

La mise en place d'une formation longitudinale permettrait un ancrage des connaissances par un apprentissage adapté à l'expérience et aux besoins des étudiants.

Une formation débutée en 2^o cycle serait adaptée pour aborder les bases théoriques de l'EM (esprit de l'EM, compétences OuVER, ambivalence, résistance...). Les compétences en communication et en RMP ne sont pas utiles qu'aux médecins généralistes. L'enseignement profiterait ainsi à l'ensemble des étudiants en médecine.

L'enseignement en 3^o cycle pourrait ainsi être plus pragmatique.

Pour la phase socle du DES, la formation pourrait être synchrone au stage chez le praticien pour délivrer un enseignement contextualisé.

Pour la phase d'approfondissement du DES, un rappel de formation axé sur les retours d'expérience pourrait avoir lieu lors du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) en dernière année.

Ce schéma de formation pour l'EM avait déjà été proposé dans la thèse de Morgane Vidaillac (22). L'AFDEM pourrait être sollicitée pour en préciser le contenu et les modalités.

L'enseignement de cette compétence centrale devrait être obligatoire et conséquent.

La RMP et la communication étant des compétences centrales à acquérir, l'essentiel devrait être enseigné à tous. Une formation de base pour l'ensemble des internes serait un bagage utile pour les futurs médecins généralistes.

La durée de l'enseignement doit être adaptée aux objectifs. L'AFDEM recommande une formation de 3 jours soit 21 heures pour une connaissance basique de l'EM.

Pour que l'enseignement soit de qualité, ses enseignants devraient bénéficier de la formation de référence.

Les enseignants jouent le rôle de modèle pour les internes, ce qui constitue un moteur puissant pour l'apprentissage de la communication (33). Une formation homogène et de qualité serait souhaitable pour les enseignants. En 2018, l'AFDEM devrait proposer une « formation de formateurs » en France.

Les Maîtres de Stages Universitaires pour le stage chez le praticien niveau 1 ou le SASPAS, modèles évidents pour les internes de médecine générale, pourraient également bénéficier d'une formation. Ils pourraient alors former et évaluer les internes pendant les stages.

Dans notre étude, nous avons eu des difficultés à identifier l'enseignant en charge de la communication ou de la RMP. Il serait souhaitable que cette compétence ait son

enseignant spécifique au sein des DMG.

La formation pourrait être complétée pendant les stages.

Comment mieux apprendre la communication et la RMP qu'au contact des patients ? Cette formation pratique pourrait se faire lors du stage chez le praticien de niveau 1 et lors du stage en SASPAS. Les modalités pourraient être des consultations en double avec un maître de stage formé, un suivi motivationnel longitudinal d'un patient ou encore un enregistrement vidéo ou audio de consultations de l'interne avec analyse a posteriori. Ce dernier mode pour l'acquisition de compétences en communication a fait l'objet d'un travail de thèse avec de bons résultats (42).

L'évaluation est le corollaire d'un enseignement efficace.

Cela implique que la communication et la RMP soient évaluées pendant les études médicales. Pour le deuxième cycle, des questions relatives à la communication et à la RMP pourraient être posées dans les cas cliniques de l'Examen National Classant. Une interrogation sur les bases théoriques de l'EM entrerait tout à fait dans ce cadre.

L'évaluation des compétences durant les stages pourrait être faite par des maîtres de stage formés. Les évaluateurs pourraient s'aider des outils validés comme le MITI ou le Helpfull Response Questionnaire. L'AFDEM propose des formations pour l'utilisation du MITI.

Un des DMG demandait à ses internes la production d'un RSCA sur une expérience d'EM avec un patient en stage.

Conclusion

L'état des lieux réalisé dans cette étude donne une vision actuelle de la formation à l'EM durant le DES de médecine générale en France. Ce travail montre l'intérêt grandissant et le manque d'homogénéisation dans les DMG pour l'enseignement de l'EM. Ce travail permet une réflexion sur les modalités pédagogiques à adopter.

Nous suggérons la mise en place d'un cursus longitudinal et conséquent pour une approche globale de la communication et de la RMP durant les études médicales. L'enseignement de l'EM y a toute sa place et l'expertise de l'AFDEM pourrait être sollicitée pour en définir les modalités et le contenu.

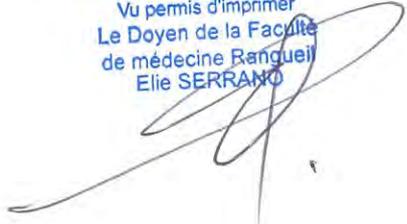
Un investissement humain et de moyens doit être réalisé et des enseignants doivent être formés.

L'enseignement à l'EM pourrait se faire également au contact du patient durant les stages ambulatoires sous la direction d'un maître de stage formé.

L'acquisition de ces compétences centrales devrait faire l'objet d'une évaluation tout au long des études médicales. Des questions relatives à la communication et à la RMP pourraient être introduites pour l'Examen National Classant. Des outils ont été proposés pour une évaluation en troisième cycle.

Cette étude pourrait être le point de départ de l'élaboration d'un référentiel national pour la mise en place d'une formation de base à l'EM articulée sur le 2^{ème} et le 3^{ème} cycle. L'enseignement de l'EM pourrait s'intégrer dans une formation plus large à la communication et la RMP.


Professeur Marie Eve ROUGE BUGAT
1, avenue Louis Blériot
31500 TOULOUSE
N° ADELI : 31 1 11793 1
N° RPPS : 10100079234

Toulouse, le 1^{er} sept. 2017

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Rangueil
Elie SERRANO

Bibliographie

1. Colloque CNGE et conférence des doyens 2012 “Enseigner, à tous les médecins, la communication professionnelle avec les patients: un enjeu fondamental pour la qualité des soins” [Internet]. 2012. Available from: <http://medecine.u-pec.fr/recherche/evenements/coloque-communication-medicale-session-pleiniere-519550.kjsp?RH=spip81>
2. Colloque CNGE et conférence des doyens 2017 “Former et se former aux habiletés communicationnelles : un enjeu pour mieux soigner” [Internet]. [cited 2017 Jun 30]. Available from: <http://medecine.u-pec.fr/formations/actualites/coloque-former-et-se-former-aux-habiletés-communicationnelles-un-enjeu-pour-mieux-soigner--771862.kjsp>
3. EACH Homepage [Internet]. EACH. [cited 2017 Aug 8]. Available from: <https://www.each.eu/>
4. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns*. 2013 Oct;93(1):18–26.
5. Richard C, Lussier M-T, editors. *La communication professionnelle en santé*. Montréal (Québec), Canada; 2016.
6. HOCRY C. *Etat des lieux de l’enseignement théorique de la relation/communication médecin-malade au cours du 3ème cycle de médecine générale dans les facultés de France en 2012-2013*. [Reims]; 2014.
7. Bonel S. *La formation à la relation médecin-patient: enquête auprès de 123 internes en DES de médecine générale à l’Université de Toulouse interrogés en janvier 2008* [Thèse d’exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2009.
8. Castelli V. *Principales thématiques et difficultés de l’interne exprimées dans les récits de situations complexes authentiques en 2012 et 2013 à Marseille* [Thèse d’exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2015.
9. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000 Sep;49(9):796–804.
10. Querbes V. *Apport, intérêts et bénéfices d’une formation aux techniques relationnelles et de communication: enquête par questionnaire auto-administré auprès des médecins généralistes du Morbihan* [Thèse d’exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2015.
11. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.
12. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d’études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.

13. Référentiels métiers et compétences: médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris, France: Berger-Levrault; 2010. 155 p.
14. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement. Paris, France: InterÉditions, DL 2013; 2013.
15. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005 Apr 1;55(513):305–12.
16. VanBuskirk KA, Wetherell JL. Motivational interviewing with primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *J Behav Med.* 2014 Aug;37(4):768–80.
17. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns.* 2013 Nov;93(2):157–68.
18. Knight KM, McGowan L, Dickens C, Bundy C. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *Br J Health Psychol.* 2006 May;11(Pt 2):319–32.
19. Mémo Haute Autorité de Santé sur l'entretien motivationnel [Internet]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf
20. AFDEM - Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel [Internet]. [cited 2015 Oct 7]. Available from: <http://www.entretienmotivationnel.org/>
21. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot AJHP.* 1997 Oct;12(1):38–48.
22. Vidaillac M. Impact d'une formation à l'Entretien Motivationnel sur les pratiques des internes de médecine générale. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours; 2014.
23. Toussaints O. La sensibilisation à l'entretien motivationnel peut-elle faciliter la prise en charge des pathologies chroniques tel que le tabagisme? [France]: Université d'Amiens; 2014.
24. Abramowitz SA, Flattery D, Franses K, Berry L. Linking a Motivational Interviewing Curriculum to the Chronic Care Model. *J Gen Intern Med.* 2010 Aug 25;25(4):620–6.
25. Triana AC, Olson MM, Trevino DB. A new paradigm for teaching behavior change: implications for residency training in family medicine and psychiatry. *BMC Med Educ.* 2012 Aug 3;12:64.
26. Oshman LD, Combs GN. Integrating motivational interviewing and narrative therapy to teach behavior change to family medicine resident physicians. *Int J Psychiatry Med.* 2016 May;51(4):367–78.
27. Cole B, Clark DC, Seale JP, Shellenberger S, Lyme A, Johnson JA, et al. Reinventing the reel: an innovative approach to resident skill-building in motivational interviewing for brief intervention. *Subst Abuse.* 2012;33(3):278–81.
28. Lazare K, Moaveni A. Introduction of a Motivational Interviewing Curriculum for

- Family Medicine Residents. *Fam Med*. 2016 Apr;48(4):305–8.
29. Dunhill D, Schmidt S, Klein R. Motivational interviewing interventions in graduate medical education: a systematic review of the evidence. *J Grad Med Educ*. 2014 Jun;6(2):222–36.
 30. Miller WR, Moyers TB. Eight Stages in Learning Motivational Interviewing. *J Teach Addict*. 2006;5(1):3–17.
 31. Rollnick Miller Butler. *Pratique de l'entretien motivationnel, communiquer avec le patient en consultation*. 2009.
 32. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2003 Aug;78(8):802–9.
 33. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*. 2004 May 1;5(2):110–26.
 34. Enquête nationale sur la FUMG - SNEMG, Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale [Internet]. [cited 2017 Jul 31]. Available from: <http://www.snemg.info/Enquete-nationale-sur-la-FUMG>
 35. Outabia M. *Evaluation d'un nouvel outil d'enseignement de la relation médecin-patient [Thèse d'exercice]*. [France]: Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2015.
 36. Swanson DB, van der Vleuten CPM. Assessment of clinical skills with standardized patients: state of the art revisited. *Teach Learn Med*. 2013;25 Suppl 1:S17-25.
 37. Attali C, Ghasarossian C, Bail P, Gomes J, Chevallier P, Beis J-N, et al. La certification des internes de médecine générale : mode d'emploi. *Rev Exerc*. 2005 Sep;74:96–102.
 38. Moyers TB, Rowell LN, Manuel JK, Ernst D, Houck JM. The Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI 4): Rationale, preliminary reliability and validity. *J Subst Abuse Treat*. 2016 Jun;65:36–42.
 39. Miller WR, Hedrick KE, Orlofsky DR. The Helpful Responses Questionnaire: a procedure for measuring therapeutic empathy. *J Clin Psychol*. 1991 May;47(3):444–8.
 40. Richard C. *Compétence en communication professionnelle en santé*. *Pédagogie Médicale*. 2011 Apr 13;11(4):255–72.
 41. von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C, et al. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*. 2008 Nov;42(11):1100–7.
 42. Roua S. *Utilisation de la vidéo dans la formation à la communication des internes de médecine générale en stage de niveau I chez le praticien: étude de faisabilité en Champagne Ardenne [Thèse d'exercice]*. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.

Annexes

Annexe 1 : Liste des facultés de médecine de France par ordre alphabétique

1. Aix-Marseille
2. Amiens
3. Angers
4. Antilles-Guyanne
5. Besançon
6. Bordeaux
7. Brest
8. Caen
9. Clermont-Ferrand
10. Dijon
11. Grenoble
12. La Réunion
13. Lille
14. Lille Catholique
15. Limoges
16. Lyon
17. Montpellier
18. Nancy
19. Nantes
20. Nice
21. Paris Descartes
22. Paris Diderot
23. Paris est Créteil
24. Paris Pierre & Marie Curie
25. Paris ouest
26. Paris XIII
27. Paris sud
28. Poitiers
29. Reims
30. Rennes
31. Rouen
32. Saint-Etienne
33. Strasbourg
34. Toulouse
35. Tours

Annexe 2 : Questionnaire

I. Identité de la personne ressource

1. De quelle faculté de médecine dépend votre département de médecine générale (DMG) ?

(Texte libre)

2. Veuillez me donner votre Nom & Prénom. (Texte libre)

3. Veuillez me donner votre mail et numéro de téléphone. (Texte libre)

4. Quel est votre statut universitaire ? (Questionnaire à Choix Simple)

- Professeur des universités praticien hospitalier
- Professeur universitaire associé
- Maître de conférence universitaire
- Maître de conférence associé
- Chef de clinique assistant
- Enseignant attaché
- Autre / détaillez...

5. Quel est votre rôle au sein du DMG ? (Texte libre)

II. Connaissance et enseignement de l'Entretien Motivationnel (EM) ou des outils de communication

6. Connaissez-vous l'EM ? (Oui / Non)

7. L'Enseignez-vous pendant le Diplôme d'Etudes Spécialisée (DES) de médecine générale ? (Oui / Non)

8. Si non pourquoi ? (QCM)

- Manque de validité de la méthode
- Sujet non prioritaire
- Carence en ressources humaines
- Carence en ressources financières

- Manque de connaissance
- Autre : détaillez...

9. Si non, faites-vous de façon plus large de la formation aux outils de communication ou à la relation médecin-patient pendant le DES de médecine générale ? (Question Ouverte)
(Détaillez en les grandes lignes)

Si vous faites de la formation à l'EM pendant le DES de médecine générale

III. Organisation pratique

10. Comment les internes participants à cette formation sont-ils sélectionnés ? (QCM)

- Obligatoire pour l'ensemble de la promotion
- Sélection sur la base du volontariat
- Groupe sélectionné de façon aléatoire
- Autre : précisez...

11. Quelle est sa durée en heure de cours ? (Chiffre approximatif sur l'ensemble du DES)

12. A quel moment du DES cette formation est-elle proposée ? (QCM)

- 1^o année
- 2^o année
- 3^o année

13. Comment la formation est-elle organisée ? (QCM)

- Une seule session
- Une session principale puis une session de rappel
- Autre : précisez...

14. Cet enseignement est-il réalisé au cours de séances spécifiques intitulées "Entretien Motivationnel" ? (Oui / Non)

15. Si non, dans quel module s'intègre-t-il ? (QCM)

- Intégrée à l'enseignement d'addictologie
- Intégrée à l'enseignement d'éducation thérapeutique
- Intégrée à l'enseignement sur la prise en charge des maladies chroniques (HTA, diabète...)
- Intégrée à un autre enseignement : précisez...

IV. Contenu & moyens pédagogiques utilisés

16. Quelles sont les idées maîtresses à faire passer aux internes durant cet enseignement ? (QCM)

- Modèle théorique du cercle de Prochaska & Di Clemente
- Notion d'ambivalence chez le patient
- Esprit de l'EM : collaboration, évocation et respect de l'autonomie
- Compétences « OuVER » (questions Ouvertes, Valorisation, Ecoute active & reflets, synthèse et Résumés)
- Reconnaître et renforcer le discours-changement (désirs, capacités, raisons, besoins, engagement à changer)
- Echelles d'importance et de confiance
- Rouler avec la résistance, susciter la discordance
- Développer un plan de changement
- Savoir passer à une autre méthode
- Autre : précisez...

17. Quels moyens pédagogiques théoriques sont utilisés ? (QCM)

- Cours magistral/diaporama
- Etudes de cas
- Analyse de vidéos
- Groupe de parole/discussion de groupe
- Lectures
- Autre : précisez...

V. Pratique de l'EM par les internes

18. Les internes ont-ils l'opportunité de pratiquer l'entretien motivationnel durant la formation ? (Oui / Non)

19. Si oui comment ? (QCM)

- Jeux de rôles
- Patients simulés/standardisés
- Autre : détaillez...

20. Les internes sont-ils formés durant les stages ? (Oui / Non)

21. Si oui comment ? (QCM)

- Consultation en double avec le maître de stage et débriefing
- Suivi longitudinal d'un patient et débriefing
- Observation de la pratique clinique du maître de stage
- Autre : précisez...

VI. Enseignants

22. Comment les enseignants se sont-ils formés à l'EM ? (QCM)

- Formation de l'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel (AFDEM)
- Diplôme Universitaire d'Entretien Motivationnel
- Formation Médicale Continue
- Autre : précisez...

23. Des professionnels autres que des médecins interviennent-ils durant cet enseignement ? (Oui / Non)

24. Si oui, quelle est leur profession ? (QCM)

- Psychologue
- Professeur en communication
- Sociologue
- Représentant association de malades
- Autre : précisez...

VII. Evaluation.

25. Une évaluation des acquisitions des internes est-elle réalisée ? (Oui / Non)

26. Si oui comment ? (QCM)

- Utilisation d'échelles évaluation subjective des internes
- Test avant et après la formation
- OSCE (Objective Structured Clinical Examination) / Clinique
- Utilisation de la grille MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity)
- Autre : précisez...

27. Quels en sont les résultats ? (QCM)

- Progression importante
- Progression minime
- Pas de progression

28. Une évaluation de la satisfaction des internes est-elle réalisée ? (Oui / Non)

29. Si oui, quels en sont les résultats ?

- Défavorable
- Indifférent
- Favorable

30. Commentaires libres...

Annexe 3 : premier mail de contact

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Hugo HOURS, je suis médecin généraliste remplaçant non-thésé. Je me permets de vous contacter au nom du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine « État des lieux de la formation à l'entretien motivationnel (EM) durant le DES de médecine générale en France en 2016–2017 » codirigée par les docteurs Céline MAUROUX et Michel BISMUTH.

L'objectif de ma thèse est de recenser les départements de médecine générale français qui dispensent un enseignement en Entretien Motivationnel durant le 3ème cycle de médecine générale et d'en analyser les modalités pratiques et théoriques.

L'EM est une approche centrée sur le patient née dans les années 80 et utilisée initialement dans le traitement de la dépendance à l'alcool. Son champ d'application s'est rapidement étendu aux changements de comportement liés à la santé en général (addiction au tabac ou à toute autre substance, nécessité de suivre un traitement contraignant, de faire de l'exercice physique...).

Plusieurs travaux récents montrent une carence de formation à la communication en médecine générale. Pourtant le CNGE met cette compétence au centre de la formation médicale.

L'entretien motivationnel a toute sa place dans ce contexte. Son efficacité a été scientifiquement démontrée.

Il semble que la période du DES de médecine générale soit opportune pour aborder ces notions, l'étudiant entrant alors réellement dans la relation médecin-patient.

Des facultés ont déjà débuté des formations dans ce domaine que ce soit en France ou dans d'autres pays. La formation à l'entretien motivationnel pour les étudiants en médecine a déjà été étudiée à l'étranger.

Un état des lieux de l'offre de formation proposée dans l'ensemble des facultés de médecine françaises semblait donc nécessaire.

Ce questionnaire téléphonique sera composé d'une trentaine de questions, et son renseignement prendra une vingtaine de minutes.

Ainsi, pour le département de médecine générale de ..., pourriez-vous m'accorder ce temps ? Si une autre personne du département est plus à même de me répondre, pourriez-vous nous mettre en contact ?

Par avance, merci.

Hugo HOURS.

Annexe 4 : Tableau des résultats complets page 1

DMG	6. Connaissiez vous l'entretien motivationnel(EM)?	7. L'Enseignez vous pendant le DES de médecine générale?	8. Si non, pourquoi?	10. Comment les internes sont-ils sélectionnés pour cette formation?	11. Quelle est sa durée en heure de cours (chiffre approximatif sur l'ensemble du DES) ?	12. A quel moment du DES cette formation est elle proposée?
1. Aix-Marseille	Oui	Non	Carence en ressources humaines et financières, manque d'intérêt des étudiants	Obligatoire pour l'ensemble de la promotion	3	DES
2. Amiens	Oui	Oui		Sélection sur la base du volontariat	6	DES
3. Angers	Oui	Oui				
4. Antilles-Guyanne	Oui	Non	Carence en ressources humaines et financières, manque d'intérêt des étudiants			
5. Besançon	Oui	Oui		Sélection sur la base du volontariat	2	DES
6. Bordeaux	Oui	Oui		Sélection sur la base du volontariat	18	3eme année
7. Brest	Oui	Oui		Sélection sur la base du volontariat	7	DES
8. Caen	Oui	Oui		Obligatoire pour l'ensemble de la promotion	0,5	2eme année
9. Clermond-F.	Oui	Oui		Obligatoire pour l'ensemble de la promotion	4	2eme année
11. Grenoble	Oui	Non	Sujet non prioritaire			
12. La Réunion	Oui	Oui		Obligatoire pour l'ensemble de la promotion	2	3eme année
13. Lille	Oui	Oui		Obligatoire pour l'ensemble de la promotion	3	2eme et 3eme année
14. Lille Catholique	Oui	Oui		Sélection sur la base du volontariat	6	DES
15. Limoges	Oui	Oui		Obligatoire pour l'ensemble de la promotion	0,3	1ere et 2eme année
16. Lyon	Oui	Oui		Obligatoire pour l'ensemble de la promotion	4	DES
17. Montpellier	Oui	Oui		Obligatoire pour l'ensemble de la promotion	3	3eme année
19. Nantes	Oui	Oui		Obligatoire pour l'ensemble de la promotion	1,5	DES
20. Nice	Oui	Oui		Sélection sur la base du volontariat	1,5	1ere et 2eme année
21. Paris Descartes	Oui	Oui		Obligatoire pour l'ensemble de la promotion	6	1ere et 2eme année
22. Paris Diderot	Oui	Non	Sujet non prioritaire			
23. Paris est Créteil	Oui	Non	Sujet non prioritaire			
24. Paris ouest	Oui	Oui		Sélection sur la base du volontariat	2	DES
25. Paris P&M Curie	Oui	Oui		Sélection sur la base du volontariat	14	DES
26. Paris sud	Oui	Oui		Obligatoire pour l'ensemble de la promotion	2	2eme année
27. Paris XIII	Oui	Non	Sujet non prioritaire			
28. Poitiers	Oui	Oui		Obligatoire pour l'ensemble de la promotion	0,25	1ere et 2eme année
29. Reims	Oui	Oui		Obligatoire pour l'ensemble de la promotion	2	DES
30. Rennes	Oui	Oui		Obligatoire pour l'ensemble de la promotion	6	DES
32. Saint Etienne	Oui	Oui		Obligatoire pour l'ensemble de la promotion	4	DES
33. Strasbourg	Oui	Oui		Sélection sur la base du volontariat	6	DES
34. Toulouse	Oui	Oui		Obligatoire pour l'ensemble de la promotion	3	3eme année
35. Tours	Oui	Oui		Sélection sur la base du volontariat	21	DES

Annexe 4 : Tableau des résultats complets page 2

DMG	13. Comment cette session est elle organisée?	14. Cet enseignement est il réalisé au cours de séances spécifiques intitulées "Entretien Motivationnel"?	15. Sinon dans quel module s'intègre t'il?	16. Quelles sont les idées maîtresses à faire passer aux internes durant cet enseignement?
24. Aix-Marseille				
25. Amiens	3 sessions	Non	Relation médecin- patient	A, B, C, D, E.
32. Angers	1 session		Addictologie	ABCD
8. Antilles-Guyanne				
6. Besançon	1 session	Oui		A, B, C, D, E, F, G
2. Bordeaux	3 sessions	Oui		A, B, C, D, E, F, G, H, I
29. Brest	1 session	Non	Relation médecin- patient	B, C, D, E, G.
16. Caen	1 session	Non	Démarche décisionnelle	A, B, C, D, E, F, G
3. Clermont-F.	1 session	Oui		A, B, C, D, E, G
13. Grenoble				
4. La Réunion	1 session	Oui		A, B, C, D, E, F, G
19. Lille	1 session	Non	Communication	A, B, C, D
10. Lille Catholique	1 session	Non	Relation médecin- patient	B, C, D, G.
30. Limoges	1 session	Non	Education Thérapeutique	B, C, D
20. Lyon	1 session	Non	Addictologie	A, B, C, D, E, G.
5. Montpellier	1 session	Oui		A, B, C, D
17. Nantes	1 session	Non	Addictologie	A, B, C, D
12. Nice	2 sessions	Non	Communication et relation médecin-patient	B, C, D
26. Paris Descartes	1 session	Oui		B, C, D, E, G.
15. Paris Diderot				
18. Paris est Créteil				
31. Paris ouest	3 séminaires indépendants	Non	Addictologie, Psychothérapie en médecine générale, Communication	?
28. Paris P&M Curie	2 séminaires indépendants	Oui		A, B, C, D, E, G, H.
22. Paris sud	1 session	Oui		A, B, C, D, H.
23. Paris XIII				
14. Poitiers	1 session	Non	Education, Prévention, Santé Individuelle et Communautaire	A, B, C, D, E, G
21. Reims	1 session	Non	Relation médecin- patient	A, B, C, D, E, G, H.
27. Rennes	1 session	Oui		A, B, C, D, E, F, G, H.
7. Saint Etienne	5 sessions	Non	Addictologie, éducation thérapeutique, relation médecin-patient	A, B, C, D, E, F, G
9. Strasbourg	1 session	Oui		B, C, D, E, F, G
1. Toulouse	1 session	Non	Addictologie	A, B, C, D, E, F, G
11. Tours	3 sessions	Oui		A, B, C, D, E, F, G, H, I.

Annexe 4 : Tableau des résultats complets page 3

DMG	17. Quels moyens pédagogiques théoriques sont utilisés?	18. Les internes ont-ils l'opportunité de pratiquer l'entretien motivationnel durant la formation?	19. Si oui comment?
24. Aix-Marseille			
25. Amiens	Cours magistral/powerpoint, analyse de vidéos	Oui.	Lectures de saynètes
32. Angers	Cours magistral/powerpoint.	Oui.	Jeux de rôles
8. Antilles-Guyanne			
6. Besançon	Cours magistral/powerpoint, analyse de vidéos	Oui	Jeux de rôles
2. Bordeaux	Cours magistral/powerpoint, analyse de vidéos	Oui	Jeux de rôles
29. Brest	Cours magistral/powerpoint, analyse de vidéos	Oui.	Jeux de rôles, théâtre-action
16. Caen	Cours magistral/powerpoint, étude de cas	Non	
3. Clermont-F.	Cours magistral/powerpoint, analyse de vidéos	Oui	Jeux de rôles
13. Grenoble			
4. La Réunion	Cours magistral/powerpoint, analyse de vidéos	Oui	Jeux de rôles
19. Lille	Cours magistral/powerpoint, analyse de vidéos, groupe de parole	Oui	Jeux de rôles
10. Lille Catholique	Cours magistral/powerpoint, étude de cas., analyse de vidéos., groupe de parole	Oui	Jeux de rôles
30. Limoges	Cours magistral/powerpoint.	Non	
20. Lyon	Cours magistral/powerpoint.	Oui	Jeux de rôles
5. Montpellier	Cours magistral/powerpoint.	Oui	Jeux de rôles
17. Nantes	Cours magistral/powerpoint, analyse de vidéos, groupe de parole	Non	
12. Nice	Cours magistral/powerpoint, analyse de vidéos	Oui	Jeux de rôles, exercices de reformulation
26. Paris Descartes	Cours magistral/powerpoint.	Oui.	Jeux de rôles, ateliers "questions ouvertes" et "reflets"
15. Paris Diderot			
18. Paris est Créteil			
31. Paris ouest	Cours magistral/powerpoint, étude de cas	Oui.	Jeux de rôles
28. Paris P&M Curie	Cours magistral/powerpoint, analyse de vidéos	Oui.	Jeux de rôles
22. Paris sud	Cours magistral/powerpoint, analyse de vidéos	Oui	Jeux de rôles
23. Paris XIII			
14. Poitiers	Cours magistral/powerpoint.	Non	
21. Reims	Cours magistral/powerpoint.	Oui	Jeux de rôles
27. Rennes	Cours magistral/powerpoint, analyse de vidéos	Oui.	Jeux de rôles
7. Saint Etienne	Cours magistral/powerpoint, analyse de vidéos	Oui	Jeux de rôles, patient standardisé joué
9. Strasbourg	Cours magistral/powerpoint.	Oui	Jeux de rôles
1. Toulouse	Cours magistral/powerpoint, analyse de vidéos	Oui	Jeux de rôles
11. Tours	Cours magistral/powerpoint, étude de cas., groupe de parole	Oui	Jeux de rôles, écriture d'une consultation motivationnelle

Annexe 4 : Tableau des résultats complets page 4

DMG	20. Les internes sont ils formés à l'EM durant les stages?	21. Si oui comment?	22. Comment les enseignants ont ils été formés à l'EM?	23. Des professionnels autres que des médecins interviennent-ils durant cet enseignement?
24. Aix-Marseille				
25. Amiens	Non		Formation Médicale Continue	Non
32. Angers	Non		DU addictologie et nutrition	Oui
8. Antilles-Guyanne				
6. Besançon	Non		Formation Médicale Continue, DIU tabaco et de thérapie familiale	Non
2. Bordeaux	Non		Formation de l'Agence Française de Diffusion de l'EM(AFDEM).	Oui
29. Brest	Non		Formation Médicale Continue, master psychothérapie	Non
16. Caen	Non		Formation Médicale Continue	Non
3. Clermont-F.	Non		Formation Médicale Continue, lectures	Non
13. Grenoble				
4. La Réunion	Non		Formation Médicale Continue	Non
19. Lille	Non		Formation Médicale Continue	Non
10. Lille Catholique	Non		Formation de l'AFDEM	Non
30. Limoges	Non		Formation Médicale Continue	Non
20. Lyon	Non		DIU Psychothérapie	Non
5. Montpellier	Non		Formation de l'AFDEM; Diplôme Universitaire d'EM	Non
17. Nantes	Non		Formation de l'AFDEM	Non
12. Nice	Non		Formation Médicale Continue	Non.
26. Paris Descartes	Non		Formation de l'AFDEM	Non
15. Paris Diderot				
18. Paris est Créteil				
31. Paris ouest	Non		Experts sans précision	Non
28. Paris P&M Curie	Non		Formation Médicale Continue, DU éducation thérapeutique	Non
22. Paris sud	Non		Formation Médicale Continue, DU suivi patient diabétique	Non
23. Paris XIII				
14. Poitiers	Non		Formation Médicale Continue	Non
21. Reims	Non		Formation Médicale Continue, DIU Pédagogie Médicale, DU Thérapie comportementale et cognitive	Non
27. Rennes	Non		Formation Médicale Continue	Non
7. Saint Etienne	Non		Formation Médicale Continue	Oui
9. Strasbourg	Non		Formation de l'AFDEM, Formation Médicale Continue	Non
1. Toulouse	Non		Formation Médicale Continue, lectures	Non
11. Tours	Non		Formation Médicale Continue	Non

Annexe 4 : Tableau des résultats complets page 5

DMG	24.Si oui, quelle est leur profession?	25. Une évaluation de l'efficacité de la formation est-elle réalisée auprès des internes?	26. Si oui comment est-elle réalisée?	27. Quels en sont les résultats?	28. Une évaluation de la satisfaction des internes est-elle réalisée?	29. Quels en sont les résultats?
24.Aix-Marseille						
25.Amiens		Non			Oui.	Indifférent
32.Angers	Patient expert ancien alcoolique	Non			Non	
8.Antilles-Guyanne						
6.Besançon		Non			Oui	Favorable
2.Bordeaux	Psychiatre	Oui	Auto-évaluation au cours des jeux de rôles	Progression importante	Oui	Favorable
29.Brest		Non			Oui.	Favorable
16.Caen		Non			Oui	Favorable
3.Clermond-F.		Oui	Mesure subjective de la capacité à mener une consultation motivationnelle	Progression minimale	Non	
13.Grenoble						
4.La Réunion		Non			Oui	Favorable
19.Lille		Non			Non	
10.Lille Catholique		Non			Oui	Favorable
30.Limoges		Non			Non	
20.Lyon		Non			Oui	Défavorable
5.Montpellier		Non			Oui	Favorable
17.Nantes		Non			Oui	Favorable
12.Nice		Non			Oui.	Favorable
26.Paris Descartes		Non			Non	
15.Paris Diderot						
18.Paris est Créteil						
31.Paris ouest		Non			Non	
28.Paris P&M Curie		Non			Oui.	Favorable
22.Paris sud		Non			Non	
23.Paris XIII						
14.Poitiers		Non			Oui	Favorable
21.Reims		Non			Oui	Indifférent
27.Rennes		Non			Oui.	Favorable
7.Saint Etienne	Acteur professionnel	Oui	Analyse de vidéos (interne vs acteur)		Non	
9.Strasbourg		Non			Oui	
1.Toulouse		Oui	Interrogation orale sur le ressenti	Progression minimale	Oui	Favorable
11.Tours		Oui	RSCA obligatoire à faire sur une expérience vécue à faire valider par le tuteur		Oui	Favorable

Annexe 5 : Description succincte d'une formation plus large aux outils de la communication ou à la relation médecin-patient en cas d'absence de formation à l'EM

1. Aix-Marseille : « Nous faisons une journée sur le thème de la communication au contenu basique. Les thèmes abordés sont « savoir dire non », « être conscient de ses propres émotions », « faire et recevoir une critique ou un compliment ». Ce cours se fait en partie en amphithéâtre de 90 personnes, puis par petits groupes de 30 personnes. »

4. Antilles-Guyane : « Nous ne faisons pas d'autres enseignement sur la communication pendant le DES. »

11. Grenoble : « Nous faisons trois séminaires d'une journée de 7 heures répartis au long des trois années d'internat sur la RMP. Elle se fait sous la forme de mise en situation et de groupes d'échange de pratique (GEP). »

22. Paris Diderot : « Nous faisons une formation obligatoire de 6 x 1h30 pour la RMP. Cet enseignement se fait sous la forme de Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratiques d'Internes avec principalement un partage d'expérience. Nous faisons également une formation optionnelle aux groupes BALINT. Enfin, ces compétences sont évaluées par des ECOS sur la thématique de la relation. »

23. Paris Est Créteil : « Nous faisons une formation obligatoire de 3 x 2 heures en première année, 4 x 2 heures en deuxième année et 4 x 2 heures en troisième année sur la RMP. Elle repose principalement sur la grille Calgary. Elle est basée sur des situations relationnelles au vécu difficile. Les internes pratiquent les notions enseignées via des jeux de rôles. Nous bénéficions d'une salle avec glace teintée pour faciliter l'observation. Nous faisons un travail sur l'écoute, sur les craintes du patient, l'éducation thérapeutique et le partage des décisions. La relation est également travaillée via des groupes Balint. »

26. Paris XIII : « Nous faisons une formation de 8 heures sur les 3 ans sur la communication avec question ouvertes, jeux de rôle, reformulation, grille Calgary, structuration de l'entretien et abord de familles de situations cliniques particulières. Par ailleurs, les internes bénéficient 21 fois sur les 3 ans de GEP. Tous les thèmes de la médecine générale y sont abordés, y compris celui de la RMP. »

Annexe 6. Commentaires libres

1. Aix-Marseille :

« Un enseignement de l'EM doit se faire sur 2 jours. Ceci n'est pas faisable chez nous par manque d'effectifs. On trouve toujours environ un tiers d'internes qui n'est pas intéressé par l'enseignement. »

2. Amiens :

« L'EM est très important et utile dans des situations diverses. Au-delà des outils apportés, il donne une philosophie et un esprit de la RMP. L'enseignement a débuté cette année avec deux thèmes principaux : « éviter le réflexe correcteur » et « repérer le discours changement chez le patient ». Cette formation est intégrée à 3 demi-journées sur les 3 ans sur la RMP. Les internes en première année qui sont en stage à l'hôpital ou aux urgences sont peu intéressés par l'enseignement. Il faut s'être « fatigué » contre la résistance d'un patient chronique pour en voir la réelle portée. »

3. Angers :

« Il y a de bons retours de la part des internes. Ils apprécient le fait que cet enseignement soit proche de la pratique. Par exemple, en addictologie l'objectif à atteindre n'est pas le sevrage à tout prix mais quelque chose qui se définit avec le patient. L'intervention d'anciens patients alcooliques est aussi un point fort.

Les 200 heures de formations sont basées uniquement sur des cas rapportés par les internes, soit dans des thèmes libres, soit dans des thèmes choisis. La participation aux sessions à thème se fait sur la base du volontariat. Un support de cours est dispensé si les notions importantes ne sont pas ressorties d'elles même. »

4. Antilles-Guyanne :

« Il existe plusieurs difficultés à la mise en place de cet enseignement, au premier rang duquel les ressources financières et notre particularité géographique qui fait que les internes sont répartis dans des zones éloignées, ce qui pose des problèmes logistiques. Nous avons essayé par le passé de mettre en place des cours de process com ou à la communication en général mais ils étaient peu appréciés par les internes. »

5. Besançon :

« L'EM est déjà abordé par une session de 3 heures durant l'externat. L'enseignement de l'EM pour les internes est intégré dans une formation plus large aux compétences relationnelles. Cette formation est composée de trois modules de 2 heures : un général sur la communication, un spécifique à l'EM et un sur la psychothérapie en médecine générale. La formation à la psychothérapie en médecine générale aborde la dépression, les troubles anxieux, la Thérapie Cognitivo-Comportementale et la résolution de situation relationnelles problématiques avec un patient. »

6. Bordeaux :

« L'EM est quelque chose de simple mais qui est compliqué à mettre en place au début. Il amène de très bons résultats cliniques par la suite. L'EM est évoqué dans d'autres modules de cours (maladies chroniques, facteurs de risques cardio-vasculaires...) avec principalement l'enseignement de la posture en évocation. L'approfondissement de la méthode en cours est optionnel. Il est organisé en 3 sessions à 1 mois d'intervalle. Les internes sont très motivés malgré les obstacles. Au niveau des effectifs, la formation pourra bientôt être ouverte à la moitié de la promotion. Il y a principalement des ateliers de groupe, sous forme de trinômes avec un observateur. Les internes débriefent entre eux. Notre objectif est de développer un Diplôme Universitaire intitulé « outils relation médecin-patient ». »

7. Brest :

« Le séminaire n'est pas ouvert à tout le monde malgré une forte demande. La formation se fait dans le cadre de l'approche centrée patient. Des lectures sont proposées aux internes. L'enseignement passe surtout par des ateliers avec l'expérimentation des notions. Un des objectifs est que l'interne remplace la notion d'interrogatoire par celle d'entretien. »

8. Caen :

« Il est important de faire cette formation en deuxième année lors des stages chez le praticien. L'EM est également abordé en petits groupes pendant les GEP. L'enseignement commence par quelques diapos pendant 30 minutes environ suivis de 3 heures d'études de cas en groupe de 10 internes. Nous avons le désir de renforcer la formation des internes, mais les enseignants sont trop peu formés à l'EM. Nous voudrions également mettre en place des jeux de rôles pour l'an prochain. »

9. Clermond Ferrand :

« La formation à l'EM est intégrée dans un atelier de 3 x 4 heures sur la communication où sont abordées les notions générales, la communication verbale et non-verbale et les techniques de base. Nous traitons les situations relationnelles difficiles comme l'annonce diagnostique ou la consultation avec un patient agressif. L'EM est principalement enseigné pour les thèmes de l'addictologie et des maladies chroniques. Les objectifs sont d'apprendre l'intérêt de l'EM, quand l'utiliser, reconnaître les stades de changement et d'en enseigner les techniques. Les jeux de rôle se font en groupes de 20 personnes, avec deux acteurs et des observateurs. Il y a trois situations cliniques différentes. Il y a toujours quelques réfractaires, qui n'aiment pas les jeux de rôle, une bonne partie qui est intéressée et enfin une partie neutre. La temporalité de l'enseignement est très importante, les internes à l'hôpital y trouvent moins d'intérêt, cet enseignement doit être synchrone des stages en libéral. »

11. Grenoble :

« L'EM est évoqué mais il n'est pas enseigné. L'enseignement de la communication se fait de façon contextualisée en étant centré sur le vécu personnel et l'expérience. Nous avons cependant le désir de faire de la formation à l'EM pour la réforme de l'enseignement du 3^o cycle. »

12. La Réunion :

« Il est important que la formation à l'EM soit synchrone avec le stage chez le praticien. La formation commence par des exercices de jeux de rôle, avec l'abord des situations sur le registre directif ou motivationnel. Nous enchaînons ensuite avec le daiporama et les vidéos. »

13. Lille :

« Il faudrait rajouter 3 heures à ce cours. Les méthodes DISC (Dominance, Influence, Stabilité et Conformité) et SWOT (Strengt Weakness Opportunities Threats) pourraient être intéressante à enseigner également. »

14. Lille Catholique :

« La formation à l'EM est en place depuis environ 7 ans. Tout d'abord c'était une demi-journée qui est devenue une journée complète depuis 3 ans. Elle est effectuée chaque année donc même si elle se fait sur la base du volontariat, l'ensemble des internes y passe. Il y a de très bons retours en termes de satisfaction. »

15. Limoges :

« Le sujet est intéressant. L'idée de cet enseignement est une simple initiation pour que les internes sachent que cela existe. Les freins pour le développer sont le peu de temps alloué à la formation à la communication durant le DES et le manque de formation des enseignants. »

16. Lyon :

« Cette année, nous avons mis en place un atelier communication dont la participation était basée sur le volontariat. Nous avons eu environ 50% de participants par rapport au nombre de places. Cet atelier était organisé en 3 x 4 heures sur la grille Calgary-Cambridge, sur les compétences émotionnelles, sur « accord et désaccord » et enfin sur la relation interprofessionnelle. Nous faisons également un séminaire « approche centrée patient ». Ces formations sont faites de façon synchrone au stage chez le praticien niveau 1. Les internes ont parfois besoin de formation plus pratico-pratique. Le caractère optionnel de ces formations permet peut-être de contenter tout le monde. »

17. Montpellier :

« L'EM est quelque chose de simple mais de difficile à maîtriser. Il est nécessaire de commencer la formation en 2^o cycle. Les objectifs du cours aux internes sont une initiation, la connaissance de la technique et enfin l'accès à la bibliographie et aux formations complémentaires. La promotion est divisée en 4 groupes pour des ateliers. Les thèmes sont : « repérer les freins au changement liés à la relation », « notion d'ambivalence », « esprit de l'EM » et « indication de l'EM et ses outils ». Dans notre faculté nous avons mis en place un Diplôme Universitaire d'EM sur 13 journées. »

19. Nantes :

« L'EM et plus largement la communication sont à intégrer de façon indispensable dans la formation des internes, car ces compétences sont au cœur du métier. Cependant on note un manque de temps et un manque de moyens humains. Chez nous, l'enseignement est une initiation, avec principalement l'apprentissage d'une posture et de la notion de résistance. Des références bibliographiques sont données pour pouvoir approfondir. »

20. Nice :

« L'EM est la technique de référence pour la communication. Son enseignement est intégré au sein de deux séminaires d'une demi-journée dédiés à la communication. La formation se fait par groupes de 10-12 internes. Elle est basée sur des exercices de mise en situation. Il y

a de très bons retours des internes, qui sont en demande de formation sur ce thème. »

21. Paris Descartes :

« Ce séminaire est fait de façon synchrone au stage chez le praticien niveau 1. Nous essayons d'avoir recours au minimum de projection, avec un petit diaporama, un paper-board et des feutres.

En fin de séances nous demandons aux internes « une chose qui vous a surprise, une chose que vous avez apprise, une chose à appliquer ». Il y a eu une évaluation il y a quelques années avec pré-test et post-test avec de bons retours, elle ne se fait plus actuellement. »

22. Paris Diderot :

« L'EM ne se prête pas à la forme de notre enseignement à la communication. »

23. Paris est Créteil :

« L'EM est une technique, une boîte à outils dont les internes sont friands. Cependant des bases importantes sont nécessaires (approche centrée patient, empathie) avant de pouvoir l'aborder. Une formation à l'EM va sans doute être intégrée en troisième année. »

24. Paris Pierre et Marie Curie :

« Actuellement se développe le Projet « EACH » (European Association for Communication in Healthcare) qui est une plateforme d'aide et de mise en relation des enseignants, chercheurs, médecins et patients dans le cadre de la communication en santé. Il y a un travail en ce sens avec le CNGE qui est fait dans le cadre de la réforme du 3^o cycle des études médicale. Cela va changer beaucoup de choses. Dans notre département, l'EM est abordé dans deux séminaires, un sur le patient chronique avec polymorbidité et un sur les compétences relationnelles. »

25. Paris ouest :

« Ce cours est une initiation. Nous avons pour projet de faire un cours sur l'EM plus approfondi. L'EM est souvent abordé lors des groupes d'échange de pratique. »

26. Paris sud :

« La formation à l'EM est intégrée au stage praticien niveau 1. C'est une initiation axée sur une vidéo de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), avec un apport théorique au milieu. Par ailleurs, nous faisons un enseignement de deux heures à

la communication durant chacune des 3 années d'internat, avec une salle à vitre teintée pour la mise en situation. »

27. Paris XIII :

« L'enseignement de la communication a été réduit de 20 heures à 8 heures par rapport à l'an dernier du fait de la mise en place depuis 3 ans de GEP qui sont très chronophages. L'EM est abordé de façon très fréquente au cours des GEP, il y tient une place importante. »

28. Poitiers :

« C'est une priorité que d'enseigner l'EM aux internes. Cet enseignement va être développé l'an prochain. Pour le moment l'EM est abordé seulement sur une diapositive d'un diaporama. Par ailleurs, la communication est abordée lors d'un séminaire sur la RMP en deuxième semestre et il y a également 8 Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratique entre Internes sur le thème de la communication durant le DES. L'interne doit y présenter une situation clinique sur un thème choisi (exemple : « Savoir dire non », « Le patient insatisfait ou revendicateur. », « La bonne distance : patient séduisant »). Les groupes sont composés de 12 internes. On les divise en deux groupes de six, qui doivent chacun choisir une seule situation en 10mn. Ces deux situations sélectionnées sont ensuite discutées pendant 1h30 et la séance se conclue par une présentation diaporama de 15minutes sur le thème. »

29. Reims :

« Nous avons parfois des retours négatifs sur cette formation, probablement car délivrée trop tôt dans le DES, les internes n'en voient alors pas l'intérêt pratique. Les idées de l'EM se recoupent avec d'autres enseignements sur la communication et la RMP (Health Belief Model par exemple).

Nous avons le désir à l'avenir de faire intervenir un représentant d'association de malades. Cette formation est intégrée dans une formation plus large sur l'approche centrée patient, avec en 2eme année le thème d'accompagnement thérapeutique, prolongé en 3eme année par un enseignement optionnel pour la mise en place de séances éducatives. »

30. Rennes :

« J'ai personnellement été très impacté par l'EM dans ma pratique. La formation se fait par des exercices en trinôme sur une situation d'ambivalence vécue par les internes. Celle-ci est abordée dans le mode directif puis dans le mode motivationnel avec un observateur. On note un manque d'enseignants motivés en général, mais une mauvaise rémunération ne les pousse

pas dans le sens de s'y engager. Dans l'idéal j'aimerais mettre en place une deuxième session de 6 heures, pour avoir un niveau 2 avec des retours sur expérience. Cette formation est très appréciée par les internes. »

32. Saint Etienne :

« La théorie de l'EM est enseignée pendant l'externat, la formation durant l'internat a pour objectif sa mise en pratique. Cependant, on note un important besoin de rappel. La dépense pour l'acteur professionnel est importante pour le département mais elle est contrebalancée par un grand apport pédagogique. Nous utilisons une vidéo de l'INPES traitant d'une situation de visite à domicile d'une patiente diabétique avec des glycémies élevées, avec l'abord de la problématique sur un registre directif puis motivationnel. L'EM est intégré à plusieurs modules. Il y a tout d'abord celui sur la RMP organisé en 3 sessions de 4 heures réparties sur les 3 ans. L'acteur professionnel est présent sur deux des trois sessions. Cet enseignement est basé sur le film "La consultation" de 2007 d'Hélène de Crécy. Il y a ensuite le module d'éducation thérapeutique sur 6h et enfin le module d'addictologie sur 2 heures. Nous avons le projet de faire venir des patients experts. »

33. Strasbourg :

« C'est la première année que nous mettons en place cet enseignement, c'est expérimental. Nous enseignons les notions dans la matinée et l'après-midi sert à leur mise en pratique. Nous utilisons de petits ateliers Auparavant, il y avait d'autres formation à la RMP qui étaient optionnelles. L'évaluation de la satisfaction se fait par mail. C'est une bonne idée de faire cette enquête par téléphone vu le sujet. »

34. Toulouse :

« L'EM devrait être intégré à une formation plus large à la communication faite de façon systématique avec une évaluation des compétences acquises par les internes. En ce qui concerne notre département, seule une initiation à l'EM est délivrée. Les internes doivent ensuite approfondir par eux-mêmes. »

35. Tours :

« L'EM est un bagage indispensable pour aborder le métier. Chez nous, deux équipes de binômes d'enseignants font deux sessions par semestre à des groupes de 12 internes tous semestres confondus. L'enseignement est organisé sous la forme de deux sessions théoriques et d'une session de retour d'expérience avec les difficultés rencontrées. Chaque session se

fait sur une journée. Les deux premières sont espacées de 7 à 15 jours et la troisième se fait un mois plus tard. A chaque fois nous faisons des rappels si besoin. Il y a surtout des ateliers qui sont suivis de topos.

L'évaluation de la satisfaction est faite par texte libre. Nous avons de très bons retours avec une demande d'augmentation de l'offre par les internes.

Chez nous, la majeure partie de la formation théorique se fait sur la base du volontariat. Il y a seulement quelques formations qui sont obligatoires (celles sur les Récits de Situation Critique et Authentique, sur l'optimisation du stage en médecine générale et sur la thèse) pour le reste l'interne doit valider ses 200 heures de formation. Il peut pour cela se former en développement professionnel continu ou encore s'abonner à une revue médicale qui lui valide 20 heures de formation. Cette démarche se fait dans le but d'autonomiser et d'initier les futurs médecins à une formation continue. »

AUTEUR : Hugo HOURS

TITRE : État des lieux de la formation à l'entretien motivationnel durant le diplôme d'études spécialisées de médecine générale en France en 2016-2017

DIRECTEURS DE THESE : Dr Céline MAUROUX et Dr Michel BISMUTH

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de médecine de Rangueil, Toulouse, le 26.09.2017

Résumé : L'entretien motivationnel (EM) constitue une approche fondée sur les preuves des compétences que sont la communication et relation médecin-patient dans l'exercice de la médecine générale.

OBJECTIF : L'objectif principal était de dresser un état des lieux en France de la formation à l'EM durant le diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

METHODES : Cette thèse a constitué une étude épidémiologique descriptive transversale quantitative. La population source était constituée par l'ensemble des départements de médecine générale (DMG) de France. L'existence, le contenu et les modalités d'une formation à l'EM ont été recensés grâce à un questionnaire renseigné par entretien téléphonique.

RESULTATS : Quatre-vingt-onze pourcent des DMG français ont répondu au questionnaire. La personne ressource au sein du DMG était soit la personne en charge de l'enseignement, soit un membre de l'équipe pédagogique. L'EM était enseigné dans 81% des DMG interrogés. Les enseignements étaient très hétérogènes d'un DMG à un autre. Les durées d'enseignement variaient de 15 minutes à 21 heures sur l'ensemble du DES. La durée moyenne était de 5 heures et la médiane de 3 heures. La majeure partie des enseignements était obligatoire et correspondait à une initiation à l'EM. L'enseignement associait alors une base théorique avec projection de vidéos à de la pratique avec des jeux de rôle.

CONCLUSION : Cette enquête nationale montre l'intérêt grandissant de l'EM dans l'enseignement du DES de médecine générale. Un référentiel national pour un enseignement commun pourrait être créé. Cette formation pourrait s'intégrer dans un cursus longitudinal plus large pour la communication et la RMP et pourrait s'articuler entre le 2^{ème} et le 3^{ème} cycle.

Abstract : State of Motivational Interviewing teaching for french General Medecine Interns in 2016-2017

Motivational interviewing (MI) is an evidence-based approach of communication and doctor-patient relationship through the practice of general medicine.

OBJECTIVE : The main purpose was to review the current state of the training in MI during the general medical internship (GMI) in France.

METHODS : This doctoral thesis is a descriptive, quantitative, and cross-sectional epidemiological study. The targeted population was made up of all the general medicine departments (GMD) in France. A questionnaire, completed by telephone, was used to identify whether or not MI is taught, and to explore the content and implementation of this training.

RESULTS : Ninety-one percent of the GMD answered the questionnaire. The survey from each GMD was a person in charge of the training or a member of the teaching team. MI was taught in 81% of the GMD interviewed. The trainings varied widely from a GMD to another. The training lasted anywhere from 15 minutes to 21 hours on the whole of the GMI. The average duration was 5 hours and the median was 3 hours. The majority of the trainings were mandatory and could be characterized as an introduction to MI. These trainings combined theory, via video projections, with practice through role playing exercises.

CONCLUSION This national investigation shows the growing interest for MI teaching during the GMI. A national reference could be created to promote a common teaching. This training could be integrated into a broader longitudinal cursus on communication and doctor-patient relationship and could be taught during the second and the third cycle of medical studies.

Mots-clés : entretien motivationnel, enseignement, communication, relation médecin-patient, diplôme d'études spécialisées, interne.

Discipline administrative: MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 -France