

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Année : 2024

N° : 282

THÈSE

**PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'État

Mention DES de Médecine Générale

Par

Caroline DIEBOLT

Née le 25 août 1992 à Strasbourg

**L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL EN MÉDECINE GÉNÉRALE
RESSENTIS ET APPLICATION**

Étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins
généralistes alsaciens

Présidente de thèse : Professeure Laurence LALANNE

Directeur de thèse : Docteur Philippe GUILLOU
Professeur associé en médecine générale

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Année : 2024

N° : 282

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention DES de Médecine Générale

Par

Caroline DIEBOLT

Née le 25 août 1992 à Strasbourg

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL EN MÉDECINE GÉNÉRALE

RESSENTIS ET APPLICATION

Étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins

généralistes alsaciens

Présidente de thèse : Professeure Laurence LALANNE

Directeur de thèse : Docteur Philippe GUILLOU
Professeur associé en médecine générale



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024
Année universitaire 2023-2024

- Président de l'Université
- Doyen de la Faculté
- Première Vice Doyenne de la Faculté
- Doyens honoraires : (1989-1994)
- (1994-2001)
- (2001-2011)
- Chargé de mission auprès du Doyen
- Responsable Administratif

M. DEHEGEM Michel
M. SIBILLA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. VINCEHODH Guy
M. GELLINGER Pierre
M. LUDDES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffrey



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. HEHM Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

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

BAHRAM Séïamab Immunologie biologique
DOLLIFS Hélène Génétique clinique

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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRP6 CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDED Pretra	NRP6 CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/ HP	53.02 Chirurgie générale
ACLIADIOS Ckenf	NRP6 CS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale Dptm Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RP6 CS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRMED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques (MC)	53.01 Dptm Médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRP6 NCS	- Pôle Tête et Cou-CETO - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRP6 CS	- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTOINI Delphine	NRP6	- Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie (ICARS)	47.02 Cancérologie, Radiothérapie
ARHAUD Laurent	NRP6 NCS	- Pôle MIRMED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELIER Philippe	RP6 CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/ HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Séïamab	NRP6 CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Hovel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRP6 CS	- Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Fac	52.01 Gastro-entérologie; hépatologie Dptm Hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRP6 NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJOUR Rémy	NRP6 CS	- Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERHA Fabrice	NRP6 CS	- Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes, Addictologie Dptm Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RP6 CS	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
HENRY Guillaume	NRP6 NCS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neurologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RP6 CS	- Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAF - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation, Médecine d'urgence Dptm Médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRP6 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne; addictologie Option: gériatrie et biologie du vieillissement
BODIH Frédéric	NRP6 NCS	- Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRP6 NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONHOMMET François	NRP6 CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONICHA Tristan	NRP6 NCS	- Pôle de Spécialités médicales-Diagnostic / SMD - Service d'Ophthalmologie / Hovel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

BOURGH Patrice	NRP6 CS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité de Sommeil (Hôpital Civil)	49.01 Neurologie
Mme BRIGAUD Cécile	NRP6 NCS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive (HP)	53.02 Chirurgie générale
BRUAUT-LODIEU Catherine	NRP6 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale (HP)	50.04 Option chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRP6 NCS	+ Pôle de Spécialités Médicales-Diétologie (SMD) - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation (HHC)	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRP6 NCS	+ Pôle Urgences - Réanimations médicales (Centre antipoison) - Service de Réanimation Médicale (Hôpital de Hautepierre)	48.02 Réanimation
Mme CEDRIA Hélène	NRP6 NCS	+ Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie (HP)	49.02 Neurochirurgie
CHAFFE Habi	NRP6 CS	+ Pôle d'activité médicale-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale (HHC)	51.04 Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire Option: chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRP6 NCS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis (Chirurgie II) (HHC)	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLUX Anne	NRP6 NCS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles (HHC)	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARNOT Anne	NRP6 NCS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale (HP)	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-HEU Marie-Pierre	NRP6 CS	+ Pôle de Biologie - Service de Pathologie (Hôpital de Hautepierre)	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRP6 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre supérieur (HP)	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRP6 NCS	+ Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales (SAMD-SMD) - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale (HHC)	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type Clinique)
COLLIGNES Nicolas	NRP6 NCS	+ Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique (HHC et HP)	49.01 Neurologie
CRIHER Bernard	NRP6 CS	+ Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie (Hôpital Civil)	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIK Frédéric	RP6 CS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie (Nouvel Hôpital Civil)	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRP6 CS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AKS (Hôpital de Hautepierre)	49.01 Neurologie
DETRY Christian	RP6 CS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale (HP)	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DEUELLE Philippe	RP6 NCS	+ Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique (Hôpital de Hautepierre)	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale; option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-ALTWANN Hélène	NRP6 CS	+ Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale (Hôpital de Hautepierre)	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu	NRP6 NCS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur (HP)	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme EHTZ-WERLE Hatacka	NRP6 NCS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III (Hôpital de Hautepierre)	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sylvie	NRP6 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main (Hôpital de Hautepierre)	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-FREMER Samira	NRP6 CS	+ Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie (PTM-HUS) et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François	NRP6 NCS	+ Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation (HP)	53.02 Chirurgie générale
FALCET Pierre-Emmanuel	NRP6 NCS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique (Nouvel Hôpital Civil)	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECER Luc-Matthieu	NRP6 NCS	+ Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Hématologie (ICAHS)	47.01 Hématologie; Transfusion Option Hématologie
FOUCHER Jact	NRP6 NCS	+ Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I (Hôpital Civil)	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALUX Henni	NCS	+ IHD - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Aïcha	RP6 CS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie Interventionnelle (Nouvel Hôpital Civil)	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARROUH Julia	NRP6 NCS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie Interventionnelle (Nouvel Hôpital Civil)	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHEUR David	NRP6 NCS	+ Pôle des Spécialités Médicales - Diétologie (SMD) - Service d'Ophtalmologie (Nouvel Hôpital Civil)	55.02 Ophtalmologie
GEHY Bernard	NRP6 CS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles (HHC)	44.02 Physiologie (option biologique)
GEDIG Yannick	NRP6 NCS	+ Pôle d'activité médicale-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale (HHC)	51.04 Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire (Option : chirurgie vasculaire)
GICQUEL Philippe	NRP6 CS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique (Hôpital de Hautepierre)	54.02 Chirurgie infantile
GDICHOT Bernard	NRP6 CS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MILNED) - Service de Médecine interne et de nutrition (HP)	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRP6 CS	+ Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail (HHC)	46.02 Médecine et santé au travail

GOTTHEING Jacques-Eric	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIAHED) - Service de Rhumatologie f Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RP6 NC S	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie f SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales f HHC	45.03 Option: Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRP6 NC S	• Pôle Urgences - Réanimations médicales f Centre Antipoison - Service de Réanimation Médicale f Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HINSCHE Edward	NRP6 NC S	• Pôle Tête et Cou - CETO - Service de Neurologie f Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessia	NRP6 NC S	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire f ICARHS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISHER-HORDRETI Marie-Eve	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation f CLEMUSCUM	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAUHAC David	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie f ITW HUS et Faculté	45.01 Option: Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIAHED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et nutrition f HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRP6 NC S	• Pôle d'activité médicale-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie f Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
GALTEHACH Georges	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie f Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie f Hôpital de la Robertsau	53.01 Option: gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRP6 NC S	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIAHED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie f MÉD II f HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Auriana	NRP6 NC S	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie f Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
GHOUD Michel	NRP6 NC S	• Pôle d'activité médicale-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire f Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KOLGAHOW Anne-Sophie	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie f SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique f HHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Hémaradiologie Ostéonutriculaire - Pédiatrie f HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GURH Pierre	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale f Pédiatrie III/HP	54.01 Pédiatrie
GURTZ Jean-Emmanuel	RP6 NC S	• Pôle d'Hémo-Hématologie - Service d'Hématologie f ICARHS	47.02 Dytan - Cancérologie (clinique)
Mme LAJANNE Laurence	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie f Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes, Addictologie (Dytan - Addictologie)
LAHG Hervé	NRP6 NC S	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique f Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I f Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRP6 NC S	• Pôle d'activité médicale-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale f HHC	51.04 Dytan - Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRP6 NC S	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale f Faculté de Médecine - Service de Hémaradiologie, d'Imagerie Ostéonutriculaire et interventionnelle f HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée f LOGS f HHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire f Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LITSEK Dan	NRP6 NC S	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie f Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVENEAUX Philippe	RP6 NC S	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main f Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALDUF Gabriel	NRP6 NC S	• Pôle d'Hémo-Hématologie - Service d'Hématologie médicale f ICARHS	47.02 Cancérologie, Radiothérapie Dytan - Cancérologie
MARTIN Thierry	NRP6 NC S	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie f SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique f HHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCARD Céline	NRP6 NC S	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie f Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie; Addictologie
Mme MATHIEU Carole	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Séoulologie f ICARHS	54.03 Gynécologie-Obstétrique, Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRP6 CS	• Pôle d'Hémo-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie f Faculté de Médecine	47.01 Hématologie; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MATZUCOTTELU Jean-Philippe	NRP6 CS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MEWARD Didier	NRP6 NC S	+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie [option biologique]
MERTES Paul-Michel	RP6 CS	+ Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / HHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation [type mixte]
MEYER Alain	NRP6 NC S	+ Institut de Physiologie / Faculté de Médecine + Pôle de Pathologie théorique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HHC	44.02 Physiologie [option biologique]
MEYER Nicolas	NRP6 NC S	+ Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil + Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication [option biologique]
MEZIAH Ferhat	NRP6 CS	+ Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MOUSSIER Laurent	NRP6 CS	+ Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac.	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRP6 NC S	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Olivier	RP6 NC S	+ Pôle Hépato-gastro de PHôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / HHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRP6 CS	+ Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ODEL Georges	NRP6 NC S	+ Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie , Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
ODJEL Eric	NRP6 NC S	+ Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale- HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Michael	NRP6 NC S	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / HHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale [option chirurgie]
OHLMANN Patrick	RP6 CS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRP6 NC S	+ Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRP6 CS	+ Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRP6 NC S	+ Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation , Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERMETTA Silvana	NRP6 NC S	+ Pôle Hépato-gastro de PHôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSIER Patrick	NRP6 CS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	+ ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie , Radiothérapie Option Cancérologie Chirurgie
PIVOT Xavier	NRP6 NC S	+ ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie , Radiothérapie Option Cancérologie Chirurgie
POTTECHER Julien	NRP6 CS	+ Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence [option clinique]
PRADIGNAC Alain	NRP6 NC S	+ Pôle de Médecine Interne, Néphrologie, Hépatite, Endocrinologie, Diabétologie (MIAHED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PRUDUST François	NRP6 CS	+ Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRP6 CS	+ Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HHC + Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMOND Jean-Marie	NRP6 NC S	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Annie	NRP6 NC S	+ Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / I6 BMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHA Serge	NRP6 CS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRP6 NC S	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERHARD Sylvie	NRP6 NC S	+ Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme RUY Catherine	NRP6 CS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / HHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale [opt. chirurgie]
SAHARES Nicolas	NRP6 NC S	+ Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale Option Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut/Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRP6 NCS	+ Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie f SWD - Service d'Ophtalmologie f Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRP6 NCS	+ Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique f Hôpital Civil + Biostatistiques et Informatique f Faculté de médecine f HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSIE Christian	RP6 CS	+ Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique f Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRP6 CS	+ Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie f SWD - Service d'Ophtalmologie f Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-HOLLARD Caroline	NRP6 NCS	+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique f Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHEIDER Francis	NRP6 CS	+ Pôle Urgences - Réanimations médicales f Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale f Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHLÖDER Carmen	NRP6 CS	+ Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents f HC	49.04 Pédo-psychiatrie, Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRP6 NCS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale f HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SENFATH Lawrence	NRP6 CS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépat-Gastro-Entérologie et d'Assistance Hépatite (HP)	52.01 Gastro-entérologie, Hépatologie, Addictologie Option Hépatologie
SILLIA Jean	NRP6 NCS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Dialytologie (MIRHEO) - Service de Rhumatologie f Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRP6 CS	+ Pôle d'activité médicale-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/HCC	51.04 Option: Médecine vasculaire
Mme TALDH Isabelle	NRP6 NCS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique f Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIH Marius	NRP6 NCS	+ Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction f CMC0 Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRACHANT Christine	NRP6 CS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie f Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRP6 CS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie I - Imagerie viscérale, DRL et mammaire f HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option chirurgie)
VELTEN Michel	NRP6 NCS	+ Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique f Secteur3 - Epidémiologie et Economie de la Santé f Hôpital Civil + Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique f HC f Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDALHET Pierre	NRP6 CS	+ Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de Liaison et de Psychotraumatologie f Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphanie	NRP6 NCS	+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales f Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRP6 CS	+ Pôle de Génétiste - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option Génétiste et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRP6 CS	+ Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie f SWD - Service de Médecine Interne f Hôpital Civil	53.01 Option: Médecine Interne
WOLF Philippe	NRP6 NCS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes f HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRP6 CS	+ Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire f Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - HHC : Hôpital Civil - NTH = Plateau technique de microbiologie

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

CU: Chef d'unité fonctionnelle

P6: Pôle RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons.: Consultant hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir.: Directeur

A4 - PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut/Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	+ Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie f SWD - Service de Soins palliatifs f HHC	46.05 Médecine palliative
HAINSETZEL François	CS	+ Pôle Hépat-digestif - Service de Gastro-Entérologie - HHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	+ Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur f HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut/Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
M. AGH Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire (ICAHS)	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYMÉ-DIETICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique (Faculté de Médecine)	48.03 Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique, addictologie Option: pharmacologie fondamentale
VAHOUËRE Fabrice		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Hépatite, Endocrinologie, Diabétologie (MIRHED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (HC)	52.01 Option: Médecine Interne
MECCER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique (Faculté de Médecine)	48.03 Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique, addictologie
DEHOTMAHE Yves		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie (SMD) - Service de Néphrologie-Transplantation (HHC)	52.03 Néphrologie
Mme DIAZCARANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique (Houvel Hôpital Civil)	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire (ICAHS)	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire (HF)	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire (HF)	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie (Faculté de Médecine)	45.01 Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTAHUS) - Institut de Parasitologie (Faculté de Médecine)	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire (ICAHS)	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CANAMTO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique (Houvel Hôpital Civil)	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie Interventionnelle (HHC)	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERAILHE Jocelyne		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative (IGBMC)	47.02 Cancérologie, Radiothérapie (option biologique)
CHEAÏNE Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique (Houvel Hôpital Civil)	47.03 Immunologie (option Biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UFG237 - Imagerie Préclinique (HF)	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CIÈRE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales (Centre antipoison) - Service de Réanimation médicale (Hôpital de Hauteperre)	48.02 Réanimation
Mme CORDEAU Elena Mikaela		• Pôle d'activité médicale-Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique (HHC)	51.04 Option: Médecine vasculaire
DALL'YDUCEF Ahmed Hassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire (HHC)	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DAHOU François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie (SMD) - Service des Maladies infectieuses et tropicales (HHC)	45.03 Option: Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique (Houvel Hôpital Civil)	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DIHELACER Vera		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie (Hôpital de Hauteperre)	49.01 Neurologie
DOLLE Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire (HHC)	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles (IGBMC)	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie (Faculté et HC) - Institut de Médecine Légale (Faculté de Médecine)	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEH Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS (Hôpital de Hauteperre)	48.04 Thérapeutique, Médecine de la Douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTAHUS et Faculté)	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GAUTHIER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie (PTAHUS et Faculté)	45.01 Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles (HHC)	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie (SMD) - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique (HHC)	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie (PTAHUS et Faculté)	45.01 Option: Bactériologie-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme GUEHIN Eric		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire (H P)	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme GUFFROY Aurélie		+ Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie (SMO) - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique (HHC)	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		+ Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire (ICAHS)	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HUELE Fabrice		+ Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire (ICAHS) - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire (HHC)	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme CASTHER Philippe		+ Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer (IGMAC)	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CEVAMEL Véronique		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire (H P)	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
M. DOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale (Faculté de Médecine)	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme CRASNY-PACINI Agata		+ Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation (CLEMENCEAN)	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire (H P)	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAHNES Béatrice		+ Institut d'Histologie (Faculté de Médecine) + Pôle de Biologie - Service de Pathologie (Hôpital de Hautepierre)	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
M. LAVAUX Thomas		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire (H P)	44.03 Biologie cellulaire
Mme LECHEUX Lise		+ Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique (Hôpital de Hautepierre)	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option: Gynécologie-obstétrique
M. LEHMANN Cédric		+ Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie (Hôpital Civil)	50.03 Dermato-Vénéréologie
Mme LHERMITTE Veronik		+ Pôle de Biologie - Service de Pathologie (Hôpital de Hautepierre)	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
M. LUTZ Jean-Christophe		+ Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale (Hôpital Civil)	53.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. MIGUET Laurent		+ Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique (Hôpital de Hautepierre et HHC)	44.03 Biologie cellulaire (type mixte - biologique)
Mme MOUTOU Céline Ep. GUNTHER	CS	+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire (CHC D Schickghem)	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
M. MULLEA Jean		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique (Nouvel Hôpital Civil)	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Anca		+ Pôle de Biologie - Service de Pathologie (Hôpital de Hautepierre)	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme HODURRY Habbale		+ Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail (HC)	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
M. PFAFF Alexander		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM HUS)	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme NTOH Amélie		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique (HHC)	47.04 Génétique (option biologique)
M. P. KAHL		+ Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle (Hôpital de Hautepierre)	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
M. PRAEYDT Gilles		+ Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie (PTM HUS et Faculté)	45.01 Option: Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		+ Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique (Nouvel Hôpital Civil)	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme KEIK Habbale		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire (HHC) - Service de Chirurgie (ICAHS)	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles (HHC)	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		+ Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique (Hôpital de Hautepierre)	47.01 Hématologie; transfusion (type mixte - Hématologie)
Mme ROLLING Julie		+ Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents (HC)	49.04 Pédo-psychiatrie; Addictologie
Mme DUPERT Elisabeth		+ Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil (HC)	49.01 Neurologie
Mme SABOU Aïna		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM HUS) - Institut de Parasitologie (Faculté de Médecine)	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
M. SAVIAND Antonin		+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépa-Gastro-Entérologie (H P)	52.01 Gastro-entérologie, Hépatologie, Addictologie
Mme SCHEIDTGER Sophie		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique (Nouvel Hôpital Civil)	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut [Laboratoire] de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie [biologique]
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emille		• Pôle de Biologie - Institut [Laboratoire] de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie [biologique]
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie [option biologique]
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Jeffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie [option clinique]

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAH Christian PO166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé [LESVS] Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
--------------------------	---	-----	---

B3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAH Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé [LESVS] Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LAUDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Céline	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé [LESVS] Institut d'Anatomie Pathologique		
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé [LESVS] Institut d'Anatomie Pathologique		
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé [LESVS] Institut d'Anatomie Pathologique		
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé [LESVS] Institut d'Anatomie Pathologique		
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé [LESVS] Institut d'Anatomie Pathologique		

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (m i-temps)

Pr Ass. DUMAS Claire
Pr Ass. GRDD-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGEMÉ Fabien

C2 - MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dr CHAMPE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (m i-temps)

Dr DELACOUR Clémé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HERZIG Florent
Dr HOLLANDER David
Dr SAMSELME Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	- Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Hannel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HF
Dr LEFEBVRE Nicolas	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Hannel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USM [UFP317] - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTLAD Isabelle	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr HISAHO Gabriel	- Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr MIRRELD Olivier	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCD
Dr REY David	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Hannel Hôpital Civil
Mme Dre ROUPE DUSTEAU Cécile	- Pôle Locomoteur - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre ROUGIERES Catherine	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCD
Dr TCHOUKAROV Dimitar	- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Haute-pierre
Dr WAECHTER Cédric	- Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	- Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie* (membre de l'Institut)
 - CHAMBRON Pierre [Biochimie et biologie moléculaire]
 - MANDEL Jean-Louis [Génétique et biologie moléculaire et cellulaire]
- o *pour trois ans (fer septembre 2020 au 31 août 2023)*
 - BELLOUQ Jean-Pierre [Service de Pathologie]
 - DANION Jean-Marie [Psychiatrie]
 - KOPFERSCHMITT Jacques [Urgences médico-chirurgicales Adultes]
 - MÜLLER André [Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur]
- o *pour trois ans (fer septembre 2021 au 31 août 2024)*
 - DANION Anne [Pédopsychiatrie, addictologie]
 - DIEMUNSCH Pierre [Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale]
 - HERBRECHT Raoul [Hématologie]
 - STEIB Jean-Paul [Chirurgie du rachis]
- o *pour trois ans (fer septembre 2022 au 31 août 2025)*
 - Mme QUOIX Elisabeth [Pneumologie]
- o *pour cinq ans (fer septembre 2023 au 31 août 2028)*
 - CHRISTMANN Daniel [Maladies infectieuses et tropicales]
 - GRUCKER Daniel [Physique biologique]
 - HANNEDOUCHE Thierry [Néphrologie]
 - KEMPF Jean-François [Chirurgie orthopédique et de la main]
 - MOULIN Bruno [Néphrologie]
 - PINGET Michel [Endocrinologie]
 - ROGUE Patrick [Biochimie et biologie moléculaire]
 - ROUL Gérard [Cardiologie]

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pr LAMONDILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCQ Jahan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pr RONGIERES Catherine	54-03
Pr SEEUGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel [Chirurgie digestive] 1 01 09 94	BUNTZMANN Francis [Gériatrie] 1 01 09 07
BAIDAUF Jean-Jacques [Gynécologie obstétrique] 1 01 09 21	BURTZ Daniel [Neurologie] 1 01 09 98
BARREIS Pierre [Cardiologie] 1 01 09 12	LANG Gabriel [Orthopédie et traumatologie] 1 01 10 98
BATZENSCHLAGER André [Anatomie Pathologique] 1 01 10 95	LANGER Bruno [Gynécologie] 1 01 11 19
BAUMANN René [Hépatogastro-entérologie] 1 01 09 10	LEWY Jean-Marc [Pédiatrie] 1 01 10 95
BECKEUK François [Chirurgie Pédiatrique] 1 01 09 23	LOWSDOERFER Jean [Physiologie] 1 01 09 10
BERGERAT Jean-Pierre [Cancérologie] 1 01 01 16	LUTZ Patrick [Pédiatrie] 1 01 09 16
BERTHEL Marc [Gériatrie] 1 01 09 18	MALLOT Claude [Anatomie normale] 1 01 09 03
BIENTZ Michel [Hygiène Hospitalière] 1 01 09 04	MATRE Michel [Biochimie et biol. moléculaire] 1 01 09 13
BUCHE Jean-Frédéric [Médecine Interne] 1 15 10 17	MANDEL Jean-Louis [Génétique] 1 01 09 16
BLOCH Pierre [Radiologie] 1 01 10 95	MANGIN Patrice [Médecine légale] 1 01 12 14
BOENW-BURGER Welly [Histologie] 1 01 09 20	MARECAUX Christian [Neurologie] 1 01 09 19
BOURJAT Pierre [Radiologie] 1 01 09 03	MARECAUX Jacques [Chirurgie digestive] 1 01 09 16
BOUSQUET Pascal [Pharmacologie] 1 01 09 19	MARE Jean-Joseph [Biochimie et biologie cellulaire] 1 01 09 99
BRECHENMÄCHER Claude [Cardiologie] 1 01 07 99	MARE Manuel [Génomique fonctionnelle et cancer-IGBC] 1 01 07 23
BRETTES Jean-Philippe [Gynécologie-Obstétrique] 1 01 09 10	MEYER Jean [Pédiatrie] 1 01 09 07
BURSTEIN Claude [Pédopsychiatrie] 1 01 09 18	MEYER Christian [Chirurgie générale] 1 01 09 13
CARTINEAU Alain [Médecine et Santé au travail] 1 01 09 15	MEYER Pierre [Biostatistiques, informatique méd.] 1 01 09 10
CAZENAVE Jean-Pierre [Hématologie] 1 01 09 15	MORTEIL Henri [Bactériologie] 1 01 09 11
CHAMPY Maxime [Stomatologie] 1 01 10 95	MISAND Israël [Gynécologie-Obstétrique] 1 01 09 19
CHAUVIN Michel [Cardiologie] 1 01 09 18	OUDET Pierre [Biologie cellulaire] 1 01 09 13
CHÉLILY Jean-Edouard [Diagnostic génétique] 1 01 09 20	PASQUAUX Jean-Louis [Immunologie clinique] 1 01 09 15
CINQUAIBRE Jacques [Chirurgie générale] 1 01 10 12	PATRIS Michel [Psychiatrie] 1 01 09 15
CLAVERT Jean-Michel [Chirurgie infantile] 1 31 10 16	Marie PAULI Gabrielle [Pneumologie] 1 01 09 11
COLLIARD Maurice [Neurologie] 1 01 09 00	POTTECHER Thierry [Anesthésie-Réanimation] 1 01 09 18
CONSTANTINESCO André [Biophysique et médecine nucléaire] 1 01 09 11	REYS Philippe [Chirurgie générale] 1 01 09 98
DIETMANN Jean-Louis [Radiologie] 1 01 09 17	RITTER Jean [Gynécologie-Obstétrique] 1 01 09 02
DOFFOEL Michel [Gastro-entérologie] 1 01 09 17	RUMPLER Yves [Biol. développement] 1 01 09 10
DUCLOS Bernard [Hépatogastro-Hépatologie] 1 01 09 19	SANDNER Guy [Physiologie] 1 01 09 14
DUFOUR Patrick [Centre Paul Strauss] 1 01 09 19	SAUDER Philippe [Réanimation médicale] 1 01 09 20
DUPUYRON Jean-Pierre [Anesthésiologie-Réa. Chir.] 1 01 09 13	SAUVAGE Paul [Chirurgie infantile] 1 01 09 04
EISENMANN Bernard [Chirurgie cardio-vasculaire] 1 01 04 10	SCHLAEDER Guy [Gynécologie-Obstétrique] 1 01 09 01
FABRE Michel [Cytologie et histologie] 1 01 09 02	SCHWENGER Jean-Louis [Médecine Interne] 1 01 08 11
FISCHBACH Michel [Pédiatrie] 1 01 10 161	SCHRAUB Simon [Radiologie] 1 01 09 12
FLAHERTY Jacques [Ophtalmologie] 1 01 09 09	SICR Henri [Anatomie Normale] 1 01 09 06
GAY Gérard [Hépatogastro-entérologie] 1 01 09 13	STEIB Annick [Anesthésiologie] 1 01 04 19
GUT Jean-Pierre [Virologie] 1 01 09 14	STIERLE Jean-Luc [ORL] 1 01 09 10
HASSELMANN Michel [Réanimation médicale] 1 01 09 18	STOLL Claude [Génétique] 1 01 09 09
HAUPTMANN Georges [Hématologie Biologique] 1 01 09 06	STOLL-RELLER Françoise [Virologie] 1 01 09 15
HEID Ernest [Dermatologie] 1 01 09 04	STORCI Daniel [Médecine Interne] 1 01 09 03
IMLER Marc [Médecine Interne] 1 01 09 98	TEMPE Jean-Daniel [Réanimation médicale] 1 01 09 06
JACQUIN Didier [Urologie] 1 09 08 17	TONGIO Jean [Radiologie] 1 01 09 02
JAECKE Daniel [Chirurgie générale] 1 01 09 11	VAUTRAVERS Philippe [Médecine physique et réadaptation] 1 01 09 16
JESSEL Michel [Médecine physique et réadaptation] 1 01 09 04	VEILLON Francis [Imagerie visérale, ORL et mammaire] 1 01 09 23
KAHN Jean-Luc [Anatomie] 1 01 09 18	VETTER Denis [Méd. interne, Diabète et mal. métabolique] 1 01 01 23
KEHR Pierre [Chirurgie orthopédique] 1 01 09 06	VETTER Jean-Marie [Anatomie pathologique] 1 01 09 13
KREMER Michel 1 01 05 98	WALTER Paul [Anatomie Pathologique] 1 01 09 09
KRETZ Jean-Georges [Chirurgie vasculaire] 1 01 09 18	WILLER Jean-Marie [Chirurgie thoracique] 1 01 09 13
KRIEGER Jean [Neurologie] 1 01 01 07	WILL Astud [Chirurgie maxillo-faciale] 1 01 09 15
KUNTZ Jean-Louis [Rhumatologie] 1 01 09 08	WOLFRAM-GABEL Renée [Anatomie] 1 01 09 96

Légende des adresses :

FAC. Faculté de Médecine - 4, rue Fischelgen - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. 03 68 85 35 20 - Fax 03 68 85 35 18 ou 03 68 85 34 67

HOPITALS UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- HHC - Nouvel Hôpital Civil : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. 03 69 55 07 08
- HC - Hôpital Civil : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 11 67 68
- HP - Hôpital de Hautepierre : Avenue Kœhler - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 12 80 00
- Hôpital de La Robertsau : 83, rue Hinreich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 11 55 11
- Hôpital de l'Esson : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. 03 88 11 67 68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17, rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical - 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 62 83 00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main - 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. 03 88 55 20 00

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alsace - 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25

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

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET D'ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI

SONT PRÉSENTÉES

DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE

N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER



SERMENT D'HIPPOCRATE (Version historique)

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

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

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

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeure Laurence Lalanne, Présidente du jury,

vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité et pour l'attention que vous porterez à mon travail. Je garde en mémoire vos précieux conseils prodigués lors de mon stage au CSAPA. Soyez assurée de mon plus profond respect et de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Philippe Guillou, Directeur de thèse et membre du Jury,

pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre disponibilité et vos conseils durant cette année. Merci pour votre enseignement pendant mon stage SASPAS dans votre cabinet. Merci pour votre bienveillance et votre accompagnement, j'en suis reconnaissante.

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe Weber, membre du Jury,

pour avoir accepté de participer à ce jury. Merci pour votre disponibilité et votre enthousiasme. Soyez assuré de mon respect le plus sincère et de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Luc Gilles, membre du Jury,

je te remercie de m'avoir fait l'honneur d'être dans mon jury. Tu m'as ouvert les portes de ton cabinet il y a presque trois ans, merci pour ta confiance et ta disponibilité. J'apprécie nos échanges surtout sur ta liste de bonnes adresses ! Merci Luc.

A toutes les personnes interrogées au cours de cette étude, je vous suis reconnaissante pour le temps que vous m'avez accordé. Sans vous, ce travail n'aurait jamais pu exister.

Merci à ma **Maman** pour ton soutien pendant toutes mes études. Merci pour tes sacrifices, je n'ai jamais manqué de rien. Tu es la femme la plus forte et résiliente que je connaisse, tu es mon exemple. Je suis heureuse que tu profites de la vie, à 2.
On ne se le dit jamais, je t'aime Maman.

Merci à **Victor** pour tes solutions à tous mes problèmes d'aménagement et de bricolage. Merci à toi et tes enfants de m'avoir fait une place dans votre famille. Merci de prendre soin de Maman, profitez-en. Merci de tes encouragements.

Merci à **Mathieu**, mon filleul chéri pour tout ce temps passé ensemble, tous nos restos et séjours à l'hôtel en famille. C'est un peu grâce à toi que j'ai fait médecine, merci de m'avoir inspirée. J'espère que tu trouveras ta voie dans la finance, tu as la vie devant toi.

Merci à **Jean-Marc** pour les vacances, les restos et sorties en famille. Merci Tonton pour ta présence et ton humour.

Merci à **Didier** et **Bruno**, mes grands frères pour nos soirées resto ou à domicile, Bruno merci pour ce week-end à Lille à l'occasion des JO.

Merci à **Thibaut**, mon Amour, pour ton soutien, ta patience, ton temps, tes nombreuses corrections et relectures de ce travail. Merci pour l'affection et l'amour que tu me portes au quotidien. Tu embellis ma vie depuis que tu en fais partie. Tu m'apaises et me rends heureuse. Tu es le meilleur. Merci pour nos moments précieux qu'on passe ensemble. Nous réalisons nos projets les uns après les autres et main dans la main. Ta Liewele qui t'aime.

Merci à ma belle-famille, **Geneviève** et **François**, **Auréli**e et **Julien**, **Morgane** et **Cyrille**, **Corentin**, **Clémence**, **Noélie**, **Nathan** et Largo, Tosca, Gina sans oublier les chevaux, les lapins, les chats. Merci pour votre accueil si chaleureux dans votre famille et tous les bons moments partagés et à venir.

Merci à **Marie-Laurence**, Marie-Lau, Marence, nous avons traversé de bien mauvais moments et heureusement de très très bons aussi, merci pour ton soutien. Merci pour toutes ces heures à bosser ensemble du matin au soir, du lundi au dimanche mais surtout merci pour toutes nos soirées Halloween, Nouvel An, Tonus, Anniversaires, Resto. Merci pour tous ces voyages et découvertes qu'on a faits à 2 ou avec d'autres. Merci pour ce rôle de témoin que tu m'offres. Merci pour ta fidélité, tes encouragements, ta relecture. Merci pour ton amitié.

Merci à **Flo**, grâce à toi j'ai rencontré l'homme de ma vie, un merci ne suffit pas mais je n'oublierai jamais.

Merci à **Marion T.** pour tous nos moments passés ensemble, voyages, week-ends, soirées resto, Tonus, Nouvel An. Merci pour ton soutien dans les moments difficiles : « Est-ce que c'est grave » me sert au quotidien ! Merci pour ta bonne humeur.

Merci à **Romain** pour le photobouffe mémorable et nos vacances à Bari.

Merci à **Marion H.**, Ion Ion ou Mme Villemin pour ta générosité, ta gentillesse depuis qu'on s'est rencontré. Merci pour tous ces moments emplis de joie, de rire et de bonne humeur quand je pense à toi.

Merci à **Aurélien**, ami de voyage et de soirées, compagnon d'anniversaire à Bari, complice de desserts. Merci pour ta générosité et ton sourire, ne les perd jamais. Merci de nous avoir fait découvrir ton chez-toi pour votre mariage.

Merci à **Lorane**, ma Lolo pour ta franchise et ton indépendance. Merci d'être une femme inspirante. Merci pour nos brunchs, nos soirées, nos vacances passées et futures et merci pour ta « flemme » !

Merci à **Vinh** pour tes bons petits plats, pour tes soirées Tonus à dormir debout. Merci pour les vacances qu'on a passées ensemble. Merci pour tous tes avis ortho.

Merci à **Justine**, ma Juju, copine de soirées étudiantes, d'externat, puis amies de voyages, de journées piscine, puis cointernes de choc (avec du thé, du chocolat, des gâteaux, des plantes et des mugcakes), à présent consœurs et surtout amies dans la vie. Ce stage au CSAPA et la découverte de l'EM aura marqué ma vie ! Merci pour tous ces moments passés ensemble et ceux à venir.

Merci à **Laura**, cointerne des urgences, copine des impros et du karaoké, merci de m'avoir suivi à Bari, depuis une vraie amitié est née. Merci pour ces souvenirs de soirées, de restos, de vacances et de commérages. J'espère qu'on pourra refaire des vacances ensemble. Merci pour ton aide au quotidien avec nos patients. Merci pour tes conseils dans l'élaboration de ma thèse.

Merci à **Alissa** pour m'avoir donné ton goût du voyage (en backpack !) en Amérique du Sud, c'était la plus belle expérience de ma vie, avec toi. Merci pour tous nos autres voyages avec nos amies, et merci d'être une partenaire de choc dans l'équipe des témoins.

Merci à **Lynn** pour nos voyages passés ensemble, merci pour tes avis dermato qui me font progresser et merci pour tous les restos que tu m'as fait découvrir.

Merci à **Claire** pour la confiance que tu m'as témoignée cette année, merci pour nos soirées puzzle et séries depuis... on ne compte plus.... Merci pour ton soutien ces quatre dernières années, ça compte énormément pour moi. Merci pour ton coaching pour ma thèse, ton rétroplanning et tes nombreuses relectures et corrections.

Merci à **Stéphanie**, ma Titine, les années passent mais l'amitié surpasse, malgré le temps qui nous manque, on arrive à garder ce lien si important pour moi. Hâte de passer d'autres soirées Limite, Limite, Limite !

Merci à **Nadia**, la meilleure des voisines, merci pour tes encouragements et de prendre si soin de moi et de mon estomac ! Maintenant on se retrouve même à la salle de sport toutes les 2, qui l'eût cru ?

Merci à la team Almapro, **Alma** merci pour tes conseils, ton soutien, nos débats animés et nos dimanches soir autour d'un verre, **Camille S.** merci pour notre virée à Bordeaux, et **Mélanie** ou plutôt Dr Pellini, merci pour tes petites attentions.

Merci à **Camille H.** pour tes conseils médicaux avisés, nos soirées restos et karaoké de jeunes remplaçantes qui travaillent ensemble à présent.

Merci à **Marie**, tu t'éloignes physiquement de l'Alsace mais jamais de mon cœur, merci pour toutes nos séances de révisions mais aussi nos moments de détente : soirées, week-ends, vacances. Merci pour tes messages vocaux.

Merci à mes amies de l'externat, **Flo** merci pour nos stages passés ensemble et nos vacances, **Camille K.** merci pour toutes nos soirées et escapades ensoleillées.

Merci à **David**, pour toutes ces heures à travailler depuis la P1, nos expéditions en 107 et notre voyage au Liban. Tu m'as fait grandir.

Merci à **My Keul**, pour toutes nos séances de sport, de recherches d'appart et de critiques gastronomiques.

Merci à **Sylviane**, pour la confiance que tu m'as donnée pour te remplacer. Tes conseils et connaissances me sont précieux. Merci pour tous nos déjeuners à la Fleur de Sureau.

Merci à toutes les personnes rencontrées pendant mes études, merci à mes coexternes, mes cointernes notamment **Anezka** et **Théophile**, votre présence a été indispensable pendant ces 5 mois de gériatrie, **Benjamin** et **Manon** mes cointernes de gynéco, merci à mes cotutorés du groupe de **Pé-pairs**.

Merci à tous les membres du Module 1 **Allez l'EM**, merci pour votre bienveillance.

Merci à mes étoiles, **Papa, Papy, Mamie, Marraine**, vous êtes présents dans mon cœur à chaque instant.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	15
TABLE DES MATIÈRES	20
Liste des acronymes.....	23
Liste des figures	24
Liste des tableaux	24
Introduction.....	25
1. Contexte.....	25
2. Concepts théoriques.....	26
2.1. La théorie de l'autodétermination.....	26
2.2. Le modèle Health Action Process Approach.....	29
2.2.1. La phase de motivation.....	30
2.2.2. La phase de volonté.....	30
2.2.3. Les trois états de l'individu	31
2.3. L'entretien motivationnel	32
3. Justification de l'étude.....	34
4. Objectifs de l'étude	36
Matériel et Méthode	37
1. Type d'étude.....	37
2. Population de l'étude	37
3. Cadre éthique et juridique.....	38
4. Recueil et analyse des données.....	38
Résultats.....	41
1. Description de la population.....	41
2. Analyse des données.....	42
2.1. Qu'est-ce l'Entretien Motivationnel ?.....	43
2.1.1. La définition de l'EM.....	43
2.1.2. Un champ de la psychologie	43
2.1.3. Les objectifs d'utilisations	43
a) Des résistances avec l'entretien « classique ».....	44
b) Renforcer la motivation	44
c) Être un médecin plus complet.....	44
d) Recentrer le patient dans sa prise en charge	45
e) Créer une relation de confiance avec le patient	45

2.2. La formation à l'EM et son apprentissage.....	46
2.2.1. Une découverte tardive.....	46
2.2.2. Un apprentissage sans formation	46
2.2.3. Un apprentissage autodidacte	46
2.2.4. Une formation empirique	47
2.2.5. Des formations plus structurées	47
2.3. Une mise en application de l'EM au quotidien	48
2.3.1. L'EM au cours de la consultation	48
2.3.2. Un suivi régulier.....	48
2.3.3. La durée d'une consultation	49
2.3.4. Les outils de l'EM	50
2.3.5. L'EM, un élément de la mallette du généraliste	51
2.4. Les domaines d'utilisation	51
2.4.1. Dans les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.....	51
2.4.2. En cabinet de médecine générale.....	52
2.4.3. Au-delà de la médecine générale	54
2.4.4. Dans la vie privée.....	55
2.5. Les impacts positifs et les bénéfiques sur la pratique.....	55
2.5.1. L'efficacité de la pratique.....	55
2.5.2. En santé publique	56
2.5.3. Une temporalité nécessaire	56
2.5.4. Transformer sa façon de parler en consultation	57
2.5.5. Modifier son approche avec le patient.....	57
2.5.6. Une facilité d'application	58
2.5.7. Aux antipodes de la formation initiale hospitalière	58
2.5.8. Un sentiment de valorisation professionnelle	59
2.5.9. Une modification du comportement du médecin	59
2.5.10. Une protection du médecin	60
2.5.11. Un gain de temps pour atteindre l'objectif.....	60
2.5.12. L'EM, un traitement personnalisé.....	61
2.5.13. Une meilleure écoute	61
2.5.14. L'autonomisation du patient.....	62
2.5.15. Redonner confiance au patient	62
2.5.16. Un avantage sans contrepartie financière pour le patient	63
2.5.17. Une vision de partenariat.....	63
2.5.18. Une relation renforcée et de meilleure qualité	64

2.5.19. Un nouveau rôle du médecin.....	65
2.5.20. Le rôle moteur du patient	66
2.6. Les difficultés et limites	66
2.6.1. Des avis partagés.....	66
2.6.2. Une contrainte de temps	67
2.6.3. Un besoin supplémentaire d'énergie	68
2.6.4. Un manque à gagner	69
2.6.5. La valorisation difficile du patient	69
2.6.6. Une frustration de certains patients.....	70
2.6.7. Un manque de motivation du patient.....	70
2.6.8. Inadapté au médecin.....	71
2.6.9. Un risque de dérive.....	72
2.7. Perspectives souhaitées	72
2.7.1. Etendre la formation.....	72
2.7.2. Un besoin de légitimation	73
3. La carte heuristique des résultats.....	75
Discussion.....	76
1. L'esprit de l'EM.....	76
2. L'efficacité.....	77
3. Le bien-être au travail	78
4. La relation médecin-patient.....	80
5. La formation initiale	82
6. La difficulté de valoriser	83
7. Evaluer ses compétences	85
8. Une version modifiée de l'EM	86
9. Forces de l'étude	88
10. Limites de l'étude.....	90
10.1. Biais de recrutement	90
10.2. Biais d'investigation.....	90
10.3. Biais d'interprétation.....	91
Conclusion	92
Annexes	96
1. Traduction française des normes Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR).....	96
2. Accord Comité Éthique	97
3. Inscription Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés	98
4. Exemple de guide d'entretien	99

5. Entrée type utilisée pour l'intelligence artificielle	100
6. Le Motivational Interviewing Treatment Integrity 4 (MITI 4).....	100
Bibliographie	103
Déclaration sur l'honneur	108
RÉSUMÉ	109

Liste des acronymes

AFDEM : Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

ANM : Académie Nationale de Médecine

APAS : Approche du Processus d'Action en Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

EM : Entretien Motivationnel

FAF : Fond d'Assurance Formation

HAPA : Health Action Process Approach

HAS : Haute Autorité de Santé

IA : Intelligence Artificielle

IMB : Intervention Motivationnelle Brève

MINT : Motivational Interviewing Network of Trainers

MITI : Motivational Interviewing Treatment Integrity

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Plans Nationaux Nutrition Santé

RdR : Réduction des Risques

SRQR : Standards for Reporting Qualitative Research

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

Liste des figures

Figure 1 - Les besoins fondamentaux d'après Maslow, Devenir le meilleur de soi-même

Figure 2 - Modèle HAPA (d'après Schwarzer et al. 2008)

Figure 3 - Schéma du déroulement du recueil de données

Figure 4 - Frise chronologique de l'analyse des données

Figure 5 - Carte heuristique des résultats

Liste des tableaux

Tableau 1 - Principales caractéristiques des participants

Introduction

1. Contexte

« Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé »

« Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière »

« L'abus d'alcool est dangereux pour la santé »

Ces messages à caractère sanitaire accompagnent en France les campagnes publicitaires depuis l'arrêté du 27 février 2007 (1). C'est une mesure de prévention et d'éducation de la population générale mise en place dans l'intérêt de lutter contre certaines maladies et de rester en bonne santé. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » depuis 1946 (2).

Sur les 346 000 nouveaux cas de cancers diagnostiqués chez les adultes de plus de 30 ans en France en 2015, 20 % sont attribuables au tabac, 8 % à l'alcool et 5 % à l'obésité ce qui représente 155 000 nouveaux cas par an dus à ces trois facteurs de risques liés à notre mode de vie et de ce fait corrigeables (3).

La prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter, elle est passée de 8,5 % en 1997 à 17 % en 2020 (4).

La prévalence du diabète en France est estimée à 5,3 % en 2020, soit plus de 3,5 millions de personnes traitées (5).

En 2018, la prévalence de l'hypertension artérielle était de 30 % chez les adultes de moins de 75 ans (6).

En vue de diminuer l'incidence de ces maladies cardiovasculaires et des cancers liés au mode de vie, qui sont un vrai enjeu de santé publique, les responsables politiques multiplient les Plans

Nationaux Nutrition Santé (PNNS) depuis 2001 (7). Ces programmes sont inscrits dans le code de la santé publique ayant pour objectif d'améliorer la santé de l'ensemble de la population grâce à l'amélioration de la nutrition.

Au quotidien, il est important d'accompagner nos patients à changer leurs mauvaises habitudes, nuisibles à la santé, en comportements bénéfiques. Comment augmenter la motivation de nos concitoyens à modifier leurs comportements sur le plan nutritionnel et sur le plan de l'activité physique ? Afin de mieux comprendre les facteurs influençant les actions des individus, les différents modèles de motivation et de changement de comportement apparaissent comme un éclairage essentiel.

Le terme « motivation » vient du verbe latin *moveo*, mouvoir, bouger, et montre cette idée de mouvement. La motivation permet d'établir une des causes du comportement humain, ce qui le pousse à agir (8).

2. Concepts théoriques

Historiquement, la volonté d'expliquer la source de tous nos comportements est à l'origine des premières théories motivationnelles depuis 1890. Un premier consensus existe tel que la motivation explique la direction du comportement ainsi que sa persistance pour un individu ou un groupe.

C'est un dynamisme motivationnel qui reste un phénomène interne et pas seulement lié à une force externe d'une tierce personne (8).

2.1. La théorie de l'autodétermination

La théorie de l'autodétermination de E. Deci et R. Ryan (1985) deux psychologues américains, s'impose actuellement dans le domaine de la formation et de toute démarche d'apprentissage

(9). La théorie qu'ils proposent s'appuie sur un continuum allant de l'absence de motivation jusqu'à la motivation intrinsèque, qui est la forme la plus élevée de motivation. Cette théorie implique également la satisfaction de trois besoins psychologiques fondamentaux à l'origine de la prise de plaisir dans une action. En effet, la motivation maximale est atteinte lorsque l'individu trouve du plaisir et de la satisfaction à réaliser une activité pour l'activité elle-même et non pour ses résultats.

Ces trois besoins sont les piliers indispensables pour monter l'échelle de la motivation vers la motivation intrinsèque.

- Le besoin de compétence, d'efficacité personnelle : percevoir la propre capacité de l'individu à pouvoir réaliser l'action ou atteindre une performance souhaitée. On retrouve ce concept chez A. Bandura, docteur en psychologie canadien. Selon lui, cette compétence d'auto-efficacité est en effet associée à la motivation puisqu'elle participe à l'engagement initial dans une activité ainsi qu'à la poursuite des efforts de l'individu si des difficultés sont rencontrées (Bandura & Locke, 2003) (10). Le sentiment d'efficacité personnelle peut être modifié par l'expérience active du sujet (la répétition des succès ou échecs lors d'expérimentations), l'expérience indirecte (observation des réussites ou déconvenues de ses pairs), la persuasion verbale (conviction de son potentiel par suggestions, conseils, avertissements) et les états physiologiques et émotionnels de l'individu (comme l'anxiété) (11).

- Le besoin d'appartenance, de relations sociales : partager un sentiment d'unité avec d'autres membres, proviendrait de nos anciennes origines animales avec une tendance à se regrouper ou s'attouper selon A. Maslow, psychologue américain de la mouvance humaniste. Dans ses travaux qui datent de 1950, il avait identifié cinq grandes catégories de besoins fondamentaux représentés par une pyramide (12).

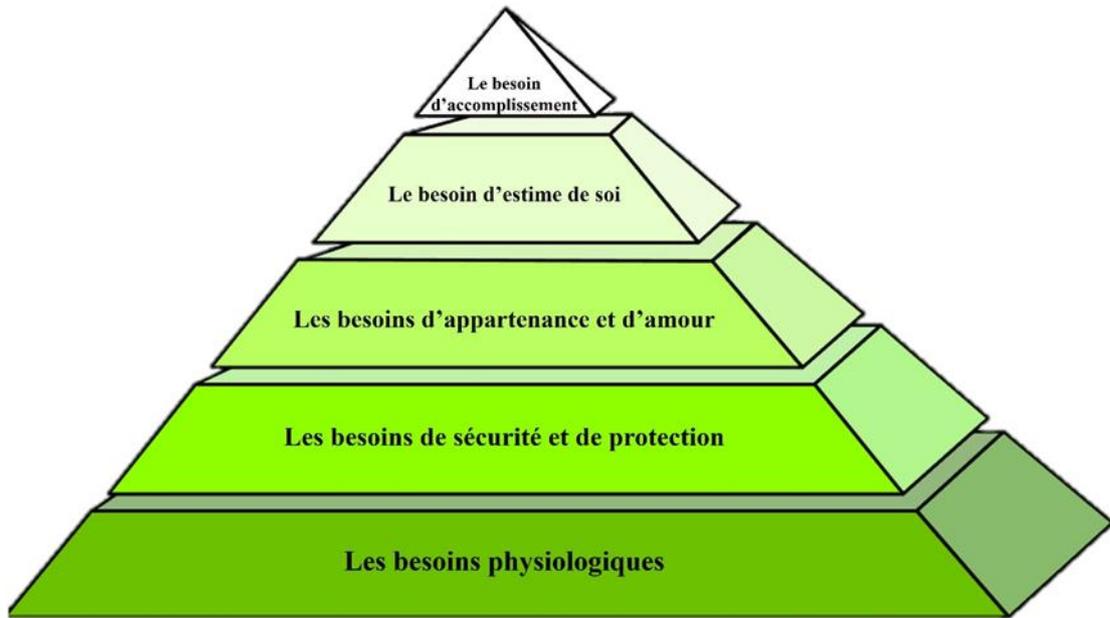


Figure 1 - réalisée par l'auteure - Les besoins fondamentaux d'après Maslow, *Devenir le meilleur de soi-même* (12)

A sa base les besoins physiologiques, puis les besoins de sécurité et de protection, puis les besoins d'appartenance et d'amour, ensuite le besoin d'estime de soi et au sommet le besoin d'accomplissement. Ce troisième besoin fondamental de créer des liens sociaux, recevoir ou donner de l'affection et d'appartenir à un groupe influence positivement la motivation autodéterminée (13).

- Le besoin d'autonomie, d'autodétermination : être à l'origine de son comportement sans contrainte externe. A. Ehrenberg, sociologue français nous donne la définition de l'autonomie telle que les valeurs de choix personnel et d'initiative individuelle : contrôler sa vie et prendre ses propres décisions et non par des pressions étrangères non souhaitées (14). L'autonomie consiste en une affirmation de soi, *le self*. La capacité à compter sur soi, l'idée de *self-reliance* est essentielle par exemple dans la société américaine où l'individu est considéré comme un agent automotivé et où l'autonomie prévaut.

Pourtant entre l'intention et le passage à l'action il subsiste souvent un écart appelé « intention-behavior gap ». P. Sheeran conclut en 2002 que l'intention seule contribue à 28 % de l'explication du comportement (15). L'intention est indispensable mais insuffisante. Plus récemment le postulat de la phase de volonté qui se surajoute à l'intention est avancé.

2.2. Le modèle Health Action Process Approach

Une nouvelle proposition théorique a été présentée par R. Schwarzer, psychologue allemand, en 2008 avec le modèle HAPA (Health Action Process Approach) ou Approche du Processus d'Action en Santé (APAS) (16). Cette approche ajoute à la phase motivationnelle, pendant laquelle l'individu forme l'intention d'agir, une phase volitionnelle (de volonté) au cours de laquelle l'intention est traduite en action. C'est un modèle particulièrement pertinent pour comprendre les déterminants du changement de comportement en santé et le passage de l'intention à l'action (17).

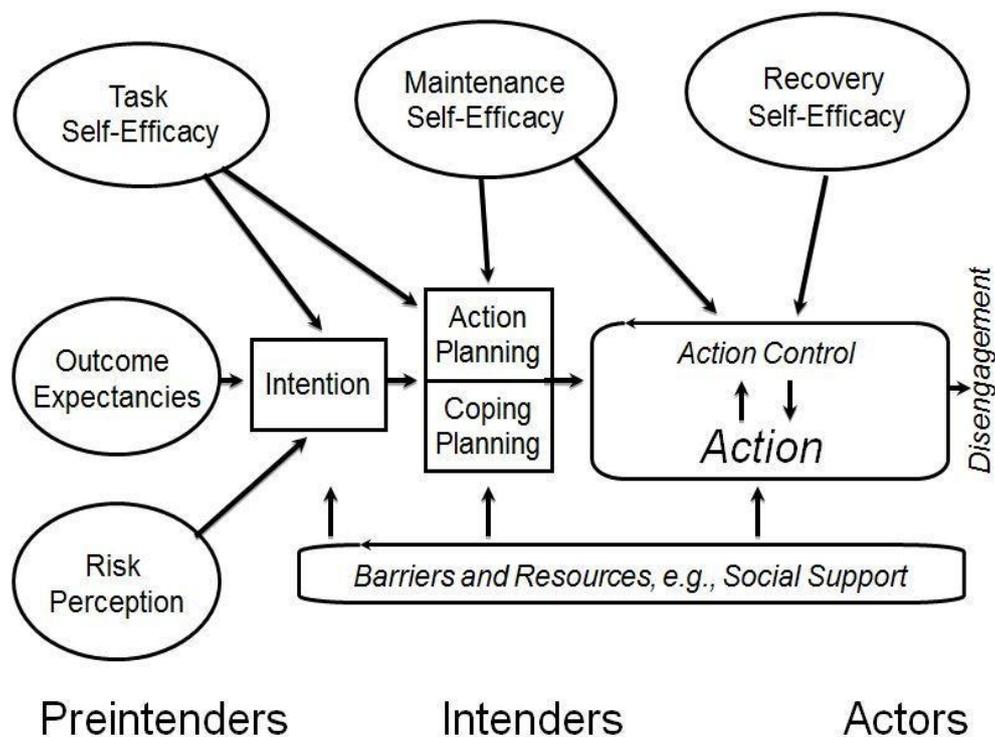


Figure 2 - Modèle HAPA (d'après Schwarzer et al. 2008)

2.2.1. La phase de motivation

Comme nous pouvons le constater sur la partie gauche de la figure 2, l'individu forme l'intention, soit d'adopter une mesure de précaution, soit de modifier ses comportements à risque en faveur d'autres comportements. Un niveau minimum de menace ou d'inquiétude doit exister avant d'envisager les avantages possibles au changement et d'examiner ses compétences pour les mettre en œuvre.

L'intention est influencée par trois facteurs :

- **Les perceptions du risque** (*Risk Perception*) servent à entamer le processus de réflexion au début de la phase de motivation.
- **Les attentes de résultats** (*Outcome Expectancies*) positifs ou négatifs. L'attente de résultats positifs représente le bénéfice qu'un individu perçoit. L'attente de résultats négatifs consiste à anticiper des conséquences négatives à un comportement de santé. C'est la balance entre le pour et le contre de certaines conséquences de ses comportements. Le fait qu'un individu ne perçoit aucun inconvénient au changement peut même augmenter sa motivation.
- **L'auto-efficacité perçue** (*Task self-Efficacy*) joue un rôle crucial à toutes les étapes : si l'on ne croit pas en sa capacité à accomplir une action souhaitée, on ne parviendra pas à l'adopter, à l'initier et à la maintenir.

2.2.2. La phase de volonté

L'approche du processus d'action en santé HAPA suggère que la phase de volonté est divisée en une phase de planification et une phase d'action que nous pouvons observer sur la partie droite de la figure 2. L'intention doit être transformée en instructions détaillées sur la manière d'effectuer l'action souhaitée par le plan d'action (*Action planning*) : où, quand, comment ? Le

plan d'adaptation (*Coping planning*) anticipe les entraves et prévoit des alternatives. Il est nécessaire pour l'initiation de l'action (*Action*) et son maintien (*Action Control*).

Une fois l'action initiée, elle est maintenue dans le temps grâce au plan d'adaptation, qui la protège contre une interruption et un abandon prématuré (*Disengagement*).

2.2.3. Les trois états de l'individu

Ces deux phases s'articulent selon trois stades. Selon où se situe le patient dans le processus du changement, il est possible de lui proposer un traitement spécifique adapté.

- **La Pré-intention** (*Preintenders*) : c'est la phase où la personne n'a pas encore l'intention de changer et ne met pas en place l'action. A ce stade, on peut lui communiquer les risques de son comportement et lui apprendre les effets positifs du changement.
- **L'Intention** (*Intenders*) : c'est la phase où l'individu a l'intention de changer mais n'a pas encore réussi à mettre en place le comportement souhaité. C'est le stade de la pré-action et de la post-intention. Il peut bénéficier d'une aide à la planification pour traduire ses intentions en actions.
- **L'Action** (*Actors*) : c'est la phase où le patient a réussi à mettre en place le nouveau comportement. Il doit être préparé aux potentielles rechutes, par anticipation des situations à risques, pour maintenir son action faute de quoi il risque de se désengager de son changement.

Pour accompagner les patients dans leurs changements de comportement, les médecins généralistes peuvent utiliser la technique de l'Entretien Motivationnel lors de ces différents stades : communiquer de l'information sur les risques et effets bénéfiques attendus en phase

pré-intentionnelle, participer à la planification et anticiper les obstacles lors de la phase volitionnelle pour prévenir les rechutes dans la phase d'action.

2.3. L'entretien motivationnel

L'Entretien Motivationnel (EM) est une « méthode de communication clinique dirigée vers un objectif, centrée sur la personne à aider, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploitation et la résolution de l'ambivalence » (18).

Cette définition est proposée par William Miller, psychologue américain et Stephen Rollnick, psychologue britannique. Cette forme d'entretien collaboratif a été initialement conceptualisée pour le traitement de la dépendance à l'alcool dans les années 1980. Il est aujourd'hui utilisé dans de nombreux champs de la santé (addictologie, vaccination, suivi des maladies chroniques, nutrition) et dans le secteur socio-éducatif (éducation, justice) (19,20).

La pratique de l'EM est basée sur l'utilisation de quatre outils de communication pendant l'intervention et sont regroupés par l'acronyme « **Ouver** » :

- **OU** pour questions **Ouvertes** : telles que « Quels changements ? Quels effets ressentis ? Quelles difficultés ? » Ces questions amènent le patient à réfléchir, élaborer et exprimer librement ses préoccupations, par opposition aux questions fermées.
- **V** pour **Valorisation** : qui consiste à renforcer l'estime de soi du patient par l'utilisation de relances gratifiantes, par exemple « vous avez fait un effort important ». La valorisation doit être authentique, sincère et sans jugement. Elle souligne des faits, des forces ou des difficultés surmontées.

- **E** pour **Écoute réflexive** : Cette compétence de refléter ce que le patient exprime est central lors de l'entretien motivationnel. Le reflet est verbal par la répétition d'un mot ou d'une expression, il peut être non verbal par des gestes et attitudes. Il offre la possibilité au patient d'entendre différemment ce qu'il vient de formuler et lui permet de nuancer, de corriger ou de contre-argumenter, ce qui oriente l'introspection vers l'objectif défini. Cet outil place le patient au centre de l'échange.

- **R** pour **Résumer** : il a la même fonction que le reflet pour valider la bonne compréhension du discours et permettre au patient d'analyser ses propos dans son ensemble de manière éclairante et valorisante.

- A ces quatre compétences s'ajoute **Informier** : la façon de délivrer des renseignements et des conseils au patient est importante. Il s'agit de donner de l'information sans essayer de convaincre et de respecter les connaissances déjà acquises par le patient. Le piège serait d'adopter une posture d'expert du savoir qui désengagerait le patient de la relation.

Cette pratique est utilisable à tous les niveaux du modèle HAPA. En effet, l'EM peut être utilisé dès la phase de motivation pour augmenter la perception du risque, par la communication d'informations de la part du praticien. La valorisation pourra également augmenter l'auto-efficacité perçue par le patient tout au long du processus de changement de comportement. Dans la phase de volonté, grâce à l'EM, le médecin amènera le patient à verbaliser ses motivations et ainsi formuler son plan d'action selon l'objectif qu'il aura défini. Le médecin pourra l'aider à mobiliser ses moyens dans le but d'anticiper les potentielles situations à risque de rechute.

3. Justification de l'étude

L'entretien motivationnel est une technique de communication récente, qui continue d'évoluer depuis quarante ans.

En 2014, une revue de la littérature comprenant les résultats de 13 études, publiée dans Sage Journals de E. Appiah-Brempong, a montré l'efficacité de l'EM pour réduire la consommation d'alcool chez les étudiants (21).

En 2011, G. Smedslung montre également, dans la revue Cochrane, que l'EM peut réduire la consommation de drogues et d'alcool en comparaison de l'absence d'intervention mais avec des preuves de faible qualité (22). Une nouvelle version de cette étude publiée en 2023 par R. Schwenker, opère une revue de plus de 90 études avec 22 000 participants (23). Ses résultats montrent sans certitude que l'EM pourrait ou non faire la différence sur la consommation des substances psychoactives par rapport à une autre intervention ou traitement régulier. Cette revue de la littérature conclut aussi que l'EM pourrait à court terme être plus efficace que l'absence de traitement.

Les données sont peu probantes du fait de l'hétérogénéité des études incluses en ce qui concerne les caractéristiques des participants, des substances consommées et des interventions. On note également que dans la plupart des études, une seule séance d'EM avait été réalisée ce qui ne permet pas d'étudier son impact sur le long terme.

Plus récemment, on retrouve des études dans d'autres domaines que l'alcoologie. En effet, la revue de la littérature réalisée par E. Laurent (2023) qui inclut 12 études américaines, canadiennes, chinoises et françaises, sur l'efficacité de l'EM face à l'hésitation vaccinale conclut que c'est un outil efficace pour accroître la couverture vaccinale de la population (24).

L'EM dans le surpoids et l'obésité chez les enfants et adolescents permet une amélioration significative des critères anthropométriques, des comportements, de la qualité de vie et des scores de dépression. Ces résultats retrouvés dans la revue de la littérature de 30 études de T. Bellanger et C. Truffet (2022) sont encore une fois très hétérogènes (25).

Ces différentes études mettent en lumière la possibilité de traiter d'autres pathologies que la dépendance alcoolique grâce à la diffusion de l'entretien motivationnel mais aussi sur des publics différents tels que les enfants et adolescents.

L'étude qualitative auprès de 9 médecins généralistes français de H. Clerc (2023) montre la place de l'EM dans l'accompagnement du sevrage tabagique en consultation de médecine générale par la mise en place d'une alliance thérapeutique avec le patient (26).

Ce travail récent tend à confirmer l'applicabilité de cet outil de communication en médecine générale. En effet, les médecins généralistes sont les acteurs de la médecine de proximité et de premiers recours. Ils assurent une prise en charge globale des patients par la continuité et la coordination des soins. Ils jouent un rôle essentiel dans le suivi des patients, ce qui tout naturellement les place comme principaux interlocuteurs lors d'une demande de changement de comportement de la part de leurs patients.

Finalement, on peut se demander quelle est l'opinion des médecins généralistes à propos de cette méthode motivationnelle qui semble être efficace lors de son exercice pratique mais toujours discutée au niveau scientifique ? Pour quelles raisons les médecins choisissent-ils cette forme de pratique ?

Quel est le point de vue des médecins généralistes pratiquant l'Entretien Motivationnel ?

Quels sont leurs ressentis concernant son utilisation et sa mise en application ?

4. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de connaître le point de vue des médecins généralistes sur l'Entretien Motivationnel, leur ressentis à la suite de son utilisation, positifs ou négatifs, pour comprendre sa mise en application en cabinet de médecine générale.

L'objectif secondaire de l'étude est d'explorer comment les médecins interrogés parviennent à équilibrer les tensions entre leurs intérêts et ceux des patients.

Matériel et Méthode

1. Type d'étude

Nous avons choisi d'utiliser une méthode qualitative qui est plus pertinente lorsque les facteurs observés sont subjectifs et non quantifiables (27). Cette méthode permet de comprendre et non de mesurer un phénomène. Elle permet de s'intéresser aux émotions, aux comportements et aux expériences personnelles des participants interrogés. Par conséquent, cette méthode nous a paru la plus adaptée à notre sujet de recherche, bien qu'elle puisse présenter quelques limites (généralisation limitée, subjectivité du chercheur).

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive qui s'appuie sur des entretiens individuels semi-dirigés selon un guide d'entretien préétabli. Les entrevues ont été réalisées en Alsace avec une approche par analyse interprétative phénoménologique (28). L'investigatrice principale a suivi une formation sur l'EM auprès de l'organisme certifié Qualiopi par l'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel (AFDEM).

Les critères normés Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) ont été utilisés afin de présenter une étude qualitative de qualité (29). Cf annexe 1

2. Population de l'étude

Nous avons décidé d'inclure les médecins généralistes de formation, installés ou remplaçants qui connaissent l'EM et/ou qui le pratiquent.

Le nombre de participants a été déterminé par la saturation des données. L'échantillonnage a été constitué pour sélectionner des médecins avec l'expérience la plus diverse possible. Certains médecins sont des connaissances de l'investigateur secondaire, d'autres sont des collègues de

l'investigatrice principale rencontrés pendant ses stages d'internat, durant ses remplacements ou ses formations. Une partie a été contactée sur conseils de collègues.

Nous avons exclu les médecins qui n'avaient pas la formation initiale de médecin généraliste. Pour des raisons pratiques d'accessibilité, nous avons privilégié la région Alsace pour réaliser les entretiens en présentiel dans le lieu choisi par les participants. Un entretien a été réalisé par téléphone à la demande de l'interrogé pour des questions de disponibilité.

3. Cadre éthique et juridique

Au vu du sujet de cette étude, du profil des personnes interrogées et de l'absence de données dites « sensibles », elle n'entre pas dans le champ d'application de la loi Jardé (30). L'avis du comité d'éthique de l'Université de Strasbourg a néanmoins été sollicité et rendu favorable le 15 avril 2024. Cf annexe 2

La soumission du protocole au Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a pas été requise. L'enregistrement de l'étude auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectué le 3 avril 2024. Cf annexe 3

4. Recueil et analyse des données

Les médecins ont été contactés pour la présentation du thème général de l'étude et pour convenir de leur accord en vue de leur participation.

Après vérification de la bonne compréhension des informations, le consentement écrit de chaque interrogé a été recueilli. Chaque médecin a été libre de refuser sa participation à l'étude et a pu retirer son consentement à tout moment quelle qu'en soit la raison, sans responsabilité ni préjudice.

Le recueil des données a été effectué par des entretiens individuels semi-dirigés qui permettent une liberté de parole du répondant. L'entretien semi-dirigé permet une souplesse de l'entretien mais aussi une focalisation et un recentrage sur le sujet et la problématique. L'investigatrice principale suivait son guide d'entretien élaboré préalablement et composé de questions ouvertes avec d'éventuelles relances pour explorer toutes les thématiques du sujet. Ce guide d'entretien a été réévalué et modifié après chaque entrevue et a ainsi évolué tout au long de l'étude. Ce guide est disponible en annexe 4.

Un questionnaire de caractérisation sociodémographique a été complété par le médecin interrogé à chaque entretien : ancienneté d'exercice, âge et sexe.

Le recueil des données a été poursuivi jusqu'à saturation des données, définie par le moment où chaque nouvel entretien ne produit que des données déjà découvertes auparavant. La saturation a été confirmée par deux entretiens supplémentaires.

L'enregistrement des entretiens a été réalisé par un dictaphone et par le dictaphone d'un Smartphone. La retranscription de l'intégralité des propos des participants a été saisie sur Microsoft Word® de manière exacte et fidèle puis anonymisée, c'est ce qu'on nomme le *verbatim*.

Les verbatim ont ensuite été analysés, au fur et à mesure, par regroupement de mots clés en thèmes puis convertis en arbre de codage par l'investigatrice principale. Une relecture de l'ensemble des entretiens a été réalisée à la fin du recueil de données pour confirmer les thèmes dégagés. Le codage a été vérifié par l'investigateur secondaire pour confrontation des résultats.

Par la suite, les entretiens ont été analysés indépendamment par une intelligence artificielle (IA) pour réaliser une double analyse des thèmes des entretiens. Nous avons utilisé Chat GPT® ou Mistral AI® par l'entrée : « *Je souhaite que tu analyses l'entretien suivant pour une recherche qualitative au sujet de la pratique de l'entretien motivationnel en médecine générale. Quels sont les thèmes et les sous-thèmes présents dans cet entretien selon une approche par analyse*

interprétative phénoménologique ? » (31) disponible en annexe 5. L'investigatrice a assemblé les thèmes manuellement par rapprochements entre ses résultats et ceux de l'IA.

Les données bibliographiques ont été conservées sur le logiciel de gestion Zotero® afin d'indiquer les références bibliographiques selon la norme Vancouver.

Le déroulement de l'étude est illustré par la figure suivante.

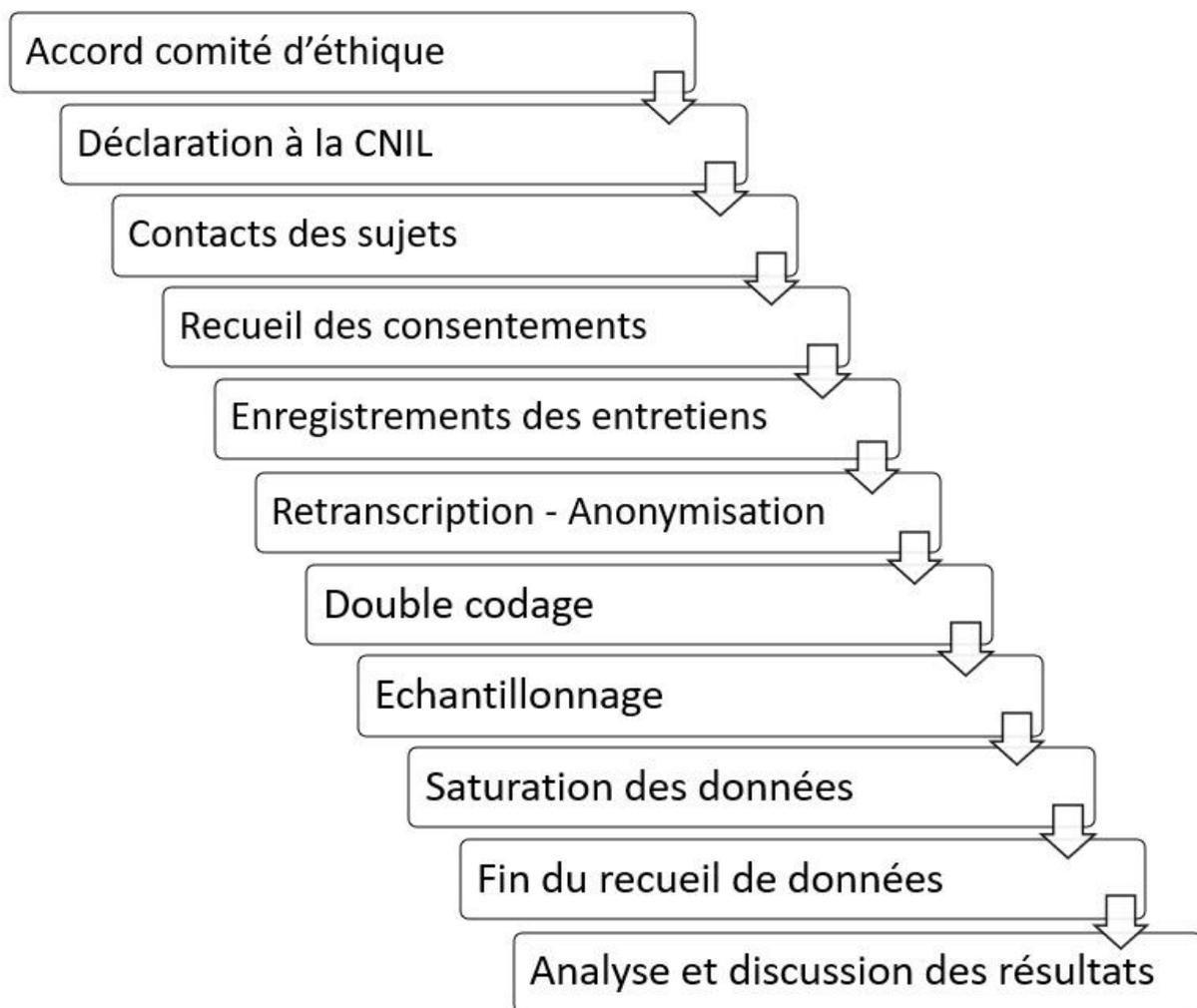


Figure 3 - Schéma du déroulement du recueil de données

Résultats

1. Description de la population

Les entretiens ont été réalisés entre les mois d'avril et de juillet 2024. Nous avons interrogé seize médecins généralistes dont huit en exercice libéral, deux remplaçants, un salarié en milieu associatif, trois internes en cours de formation et deux généralistes qui exercent à présent en Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

La totalité des participants exercent dans la région Alsace. La durée moyenne des entretiens est de quarante minutes. Les participants ont été identifiés de « DR 1 » à « DR 16 » pour respecter leur anonymat. Une précision supplémentaire a été apportée par appels téléphoniques de quatre participants au mois de septembre 2024.

Les caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés sont regroupées dans le tableau suivant.

Participant	Sexe	Tranche d'âge	Ancienneté en médecine générale	Particularité d'exercice actuel	Type de formation à l'EM
DR 1	F	25 – 30 ans	2 ans ½	Remplaçante	Empirique
DR 2	F	> 60 ans	35 ans	Libéral	Théorique + Empirique
DR 3	F	31 – 40 ans	9 ans	Libéral	Aucune
DR 4	F	51 – 60 ans	28 ans	Libéral	Théorique
DR 5	F	25 – 30 ans	1 an ½	Libéral	Théorique
DR 6	F	41 – 50 ans	7 ans	Libéral	Autoformation
DR 7	F	51 – 60 ans	30 ans	Associatif	Théorique
DR 8	M	51 – 60 ans	32 ans	CSAPA	Théorique + Empirique
DR 9	F	31 – 40 ans	3 ans	CSAPA	Théorique
DR 10	F	41 – 50 ans	12 ans	Libéral	Théorique + Autoformation
DR 11	M	> 60 ans	42 ans	Libéral	Théorique
DR 12	F	31 – 40 ans	10 ans	Libéral	Empirique

DR 13	F	25 – 30 ans	< 1 an	Interne	Empirique
DR 14	F	25 – 30 ans	< 1 an	Interne	Autoformation + Empirique
DR 15	F	31 – 40 ans	3 ans	Remplaçante	Empirique
DR 16	F	25 – 30 ans	< 1 an	Interne	Empirique

Tableau 1 - Principales caractéristiques des participants

2. Analyse des données

Les IA ont été utilisées les 4 et 8 juillet, et le 9 août 2024 en vue de réaliser la double analyse des thèmes. Ces thèmes et sous-thèmes issus de l'analyse des verbatim sont présentés ci-après.

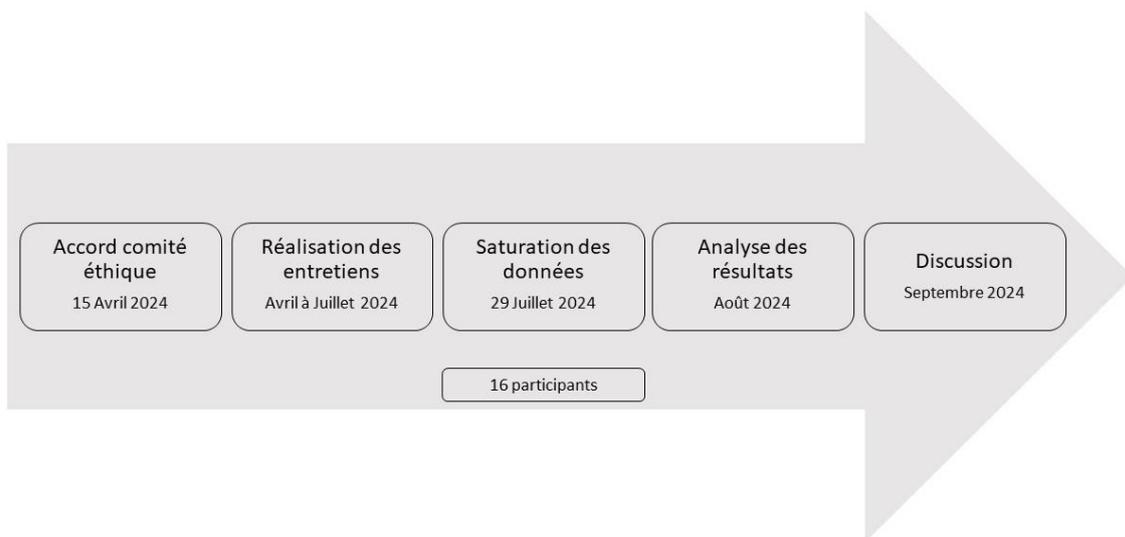


Figure 4 - Frise chronologique de l'analyse des données

Les exemples jugés les plus pertinents y sont associés, extraits des retranscriptions intégrales des entretiens. Certains passages peuvent illustrer plusieurs notions, il est donc possible qu'une citation soit retrouvée à plusieurs reprises.

2.1. Qu'est-ce l'Entretien Motivationnel ?

2.1.1. La définition de l'EM

Pour tous les participants interrogés, la définition de l'entretien motivationnel fait consensus, c'est une technique de communication utilisée dans le changement de comportement.

DR 8 « c'est une approche de communication centrée sur la personne visant à explorer son ambivalence et essayer de la résoudre »

DR 11 « l'entretien motivationnel, c'est une technique de relation inter-humaine qui est basée sur l'empathie, les questions ouvertes, les reformulations, les résumés et la valorisation »

DR 3 « c'est un moyen, un moyen d'arriver à faire prendre conscience à un patient de, d'un changement de comportement »

2.1.2. Un champ de la psychologie

L'entretien motivationnel permet de prendre en charge des pathologies de l'ordre de la santé psychique et qui ne nécessitent pas toujours de traitement allopathique.

DR 2 « c'est quand même la gestion des émotions qui est à travailler »

DR 3 « pour moi l'entretien motivationnel, effectivement, ça a trait à quelque chose de complètement psychologique [...] c'est pas quelque chose de somatique effectivement, on essaie de changer un problème psychologique chez le patient. »

DR 5 « prendre en charge un syndrome dépressif autrement que par des antidépresseurs »

DR 16 « essayer de trouver des solutions qui sont pas médicales en fait finalement, enfin sans traitement je veux dire médicamenteux [...] c'est une consultation plus verbale »

2.1.3. Les objectifs d'utilisations

Lors de nos différents entretiens, plusieurs finalités ont été mises en lumière par nos médecins.

a) Des résistances avec l'entretien « classique »

Certains de nos participants pratiquent l'entretien motivationnel lorsqu'ils rencontrent des difficultés avec la méthode « traditionnelle » directive.

DR 1 « on a toujours tendance en tant que médecin, de dire ce que le patient doit faire, lui donner les conseils mais c'est vrai que quand ça ne marche pas, eh bien on passe, moi maintenant je passe à l'entretien motivationnel »

Lorsque le praticien prend conscience que le patient n'est pas réceptif, il change de méthode durant la consultation.

DR 5 « des fois quand j'ai l'impression d'être trop directive et d'être face à un patient qui fait oui, oui, oui je me dis et bah en fait là je lui laisse pas cette place c'est. Je... me dis je switch »

b) Renforcer la motivation

Dans certains cas, le patient se présente déjà avec l'objectif de changer un de ses comportements et le médecin n'a plus qu'à conforter cette démarche.

DR 5 « c'est une technique de communication qui vise à faire prendre conscience [...] surtout de sa capacité à pouvoir changer »

DR 8 « on va essayer de mobiliser du coup la motivation du patient et le faire changer dans ses comportements »

c) Être un médecin plus complet

Pour plusieurs de nos médecins, pratiquer l'entretien motivationnel est un moyen d'être au meilleur de son art.

DR 11 « parce que c'est le seul moyen d'être un bon médecin quoi, de d'utiliser ces techniques-là [...] y a que 2 regrets dans ma vie professionnelle, [...] et pas avoir connu le motivationnel avant »

DR 4 « c'est motiver le patient à adhérer au projet thérapeutique quel qu'il soit, médicamenteux ou une prise en charge hygiéno-diététique [...] ça fait partie du, on va dire du travail, à mon avis, de tout généraliste »

d) Recentrer le patient dans sa prise en charge

Pour la majorité d'entre eux, il y a une réelle volonté de la part du médecin de responsabiliser son patient et de le repositionner au centre du soin.

DR 1 « le but c'était que le patient arrive à comprendre ce qu'il devait changer dans son comportement tout seul, sans qu'on lui dise exactement quoi faire. Parce que le fait de lui dire exactement quoi faire n'est pas du tout efficace »

DR 2 « que la personne prenne vraiment conscience des freins au changement »

DR 3 « qu'il trouve lui-même la solution finalement, plutôt que de lui imposer »

DR 16 « pour moi le but ça va être le but du patient tu vois, ça va être ta base »

e) Créer une relation de confiance avec le patient

L'entretien motivationnel permet une meilleure écoute du patient et donc une mise en confiance plus importante.

DR 11 « pour mieux être en empathie avec la personne avec qui je discute »

DR 12 « je pense que c'est, pour acquérir l'adhésion du patient, l'alliance thérapeutique, la confiance »

2.2. La formation à l'EM et son apprentissage

Tous les médecins interrogés n'avaient pas le même niveau de connaissance du sujet.

2.2.1. Une découverte tardive

Nombre de nos participants ont découvert l'entretien motivationnel au cours de leur carrière professionnelle seulement à partir du troisième cycle des études de médecine.

DR 14 « je suis pas certaine d'avoir déjà eu vraiment un cours là-dessus pendant mon externat, pendant mon internat »

DR 1 « un jeune médecin généraliste qui m'a parlé de cet entretien motivationnel qui était une technique complètement nouvelle pour moi puisque j'en avais pas du tout entendu parler avant »

DR 5 « j'ai dû en entendre parler pendant mon internat »

DR 6 « ça faisait pas partie de ma formation, c'est par hasard que j'en ai entendu parler. »

DR 12 « quand j'étais interne [...] mon premier contact avec l'entretien motivationnel. »

2.2.2. Un apprentissage sans formation

Certains interrogés pratiquent à l'intuition, sans formation préalable.

DR 14 « je dirais que je l'ai un peu appris sur le tas »

DR 3 « j'ai jamais suivi de formation [...], c'est plus sur sur l'instinct »

2.2.3. Un apprentissage autodidacte

D'autres médecins se sont formés par eux-mêmes à l'aide de leurs différentes lectures.

DR 5 « j'ai lu quelques petits papiers dessus »

DR 6 « un bouquin à la maison sur l'entretien motivationnel, on m'en avait pas parlé dans ma formation du tout et donc c'est par ce biais-là que j'ai découvert ça. Donc j'ai commencé à bouquiner un peu. Après c'était un pavé, voilà, j'ai perdu la foi, j'ai pas terminé »

DR 7 « j'avais même acheté le livre que j'avais commencé plusieurs fois mais j'avais pas fini »

DR 8 « d'un article que j'ai lu en 2004, dans une, dans une revue d'addictologie »

2.2.4. Une formation empirique

Une partie de nos sujets ont été formés par nos pairs et par expérience lors de leurs différents stages au cours de leur formation initiale.

DR 13 « j'ai fait un stage au CSAPA »

DR 16 « j'ai besoin, tu vois d'un exemple qu'on me montre comment faire en pratique »

DR 1 « et je trouve que le fait d'en parler en pratique était beaucoup plus, beaucoup plus efficace pour moi d'apprendre cette technique plutôt que de lire des ouvrages »

2.2.5. Des formations plus structurées

D'autres médecins ont besoin de formations plus académiques telles que celles organisées par la faculté de médecine pour les internes, par une association, par une société savante, par un laboratoire pharmaceutique ou des organismes de formations agréés par l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) ou le Fond d'Assurance Formation (FAF) pour les médecins remplaçants et installés.

DR 7 « j'ai fait la formation, le module 1 d'entretien motivationnel, et pour avoir des bases et pour pouvoir pratiquer, [...] lire le livre finalement ça suffit pas »

DR 8 « là je fais partie de l'association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel »

DR 11 « j'avais fait une formation et c'était dans une optique d'être formateur moi-même du truc, organisé par un labo »

DR 5 « j'ai, j'ai fait la formation qu'on a faite ensemble à la faculté avec les membres de l'association entretien de l'AFDEM »

DR 4 « des formations qu'on nous offrait à un moment donné sur les deux journées »

2.3. Une mise en application de l'EM au quotidien

2.3.1. L'EM au cours de la consultation

Plusieurs participants intègrent l'entretien motivationnel au fil de leur consultation sans réaliser un entretien complet comme il serait pratiqué dans les CSAPA.

DR 2 « c'est quand même au fil des consultations »

DR 12 « c'est un peu au fur et à mesure de mes consultations »

DR 13 « je faisais pas forcément des entretiens full motivationnels mais j'en distille un petit peu »

DR 5 « le fait de revoir les patients régulièrement peut faire des petites touches entre guillemets d'entretien motivationnel sur le long terme »

DR 4 « un rendez-vous d'entretien motivationnel pur et dur je pense que ça correspond clairement pas »

2.3.2. Un suivi régulier

Les médecins revoient leurs patients plus ou moins régulièrement pour répéter et encourager leur motivation.

DR 5 « et faire de l'entretien motivationnel, quand on voit les gens régulièrement, ça demande pas forcément beaucoup de temps parce que on, on le fait sur plusieurs fois en fait »

Chacun revoit ses patients selon ses possibilités et à son rythme : d'hebdomadaire à bimestriel.

DR 1 « je les revois moi je leur remets un rendez-vous quelques jours plus tard ou une semaine plus tard »

DR 14 « une fois tous les quinze jours déjà »

DR 4 « pour le sevrage tabagique ou je leur donne rendez-vous toutes les quatre semaines à peu près »

Cependant, une des remplaçantes éprouve de la difficulté à revoir les patients lors de ses remplacements de courte durée.

DR 1 « en tant que remplaçante maintenant c'est vrai que c'est un peu plus compliqué puisque en bougeant de cabinet en cabinet, on n'a pas vraiment, on revoit pas les patients en consultation, donc c'est difficile à appliquer. »

Au CSAPA les patients sont vus moins régulièrement du fait du nombre important de suivis.

DR 9 « mais c'est vrai que une consultation tous les deux mois, j'aimerais plus qu'on revienne à un mois »

2.3.3. La durée d'une consultation

La durée de consultation nécessaire est différente pour chacun. Deux catégories se dégagent, la première déclarant qu'une consultation motivationnelle doit avoir la même durée qu'une consultation classique.

DR 11 « pour moi, une consultation entretien motivationnel, ça doit pas durer plus qu'une autre. »

DR 16 « si on faisait une consultation peut-être par addiction en cabinet en un quart d'heure ça devrait passer »

Alors que la seconde catégorie estime que cela nécessite un temps supplémentaire.

DR 3 « on n'a pas forcément le temps de créer des consultations longues »

DR 13 « tous les patients peuvent pas me prendre quarante-cinq minutes »

DR 4 « autre critère que je pense qu'il faudrait, qu'il faudra intégrer, c'est l'entretien motivationnel nécessite un paramètre imparable c'est le temps, et c'est sûr que quand on consulte à douze-quinze minutes comme l'annoncent des fois les remplaçantes, je me dis mais c'est juste pas possible »

2.3.4. Les outils de l'EM

L'utilisation d'une simple question sur le comportement lors d'une consultation, peut suffire au patient pour initier son désir de changement.

DR 4 « dire rien que le fait de poser la question, des fois y a des déclics qui se font par rapport à ça »

DR 11 « j'essaye de lui donner la parole le plus possible en la cadrant en fonction de, de ce pourquoi il est venu, de ce vers quoi on veut aller et le temps dont je dispose là »

Les outils de l'entretien motivationnel enseignés sont mis en œuvre par nos praticiens pendant leurs consultations : questions ouvertes, reflets, résumés, valorisation.

DR 5 « je vais faire du, du mirroring »

DR 7 « je fais reformuler, enfin je reformule, je je fais de la valorisation »

DR 11 « les questions ouvertes, les reformulations, les résumés et la valorisation »

DR 12 « par la répétition de de conseils et de remarques qui se font au fur et à mesure des consults quoi pour, pour voilà faire du renforcement positif, le faire questionner sur ses conduites à risque ou ses comportements »

Certains utilisent encore des outils qui ne sont plus recommandés actuellement après la publication de la 4^e édition du livre de Miller et Rollnick.

DR 2 « c'est surtout la balance motivationnelle aussi que, que j'utilise »

2.3.5. L'EM, un élément de la mallette du généraliste

Certains médecins ont recours à l'entretien motivationnel comme ils prendraient leur tensiomètre ou leur otoscope.

DR 4 « pour moi, c'est ça fait partie intégrante de mes outils comme mon stétho, mon tensiomètre, mon pèse personne, ma toise. »

DR 9 « c'est vraiment un outil de travail et qui finalement m'aide beaucoup dans ma pratique. »

2.4. Les domaines d'utilisation

L'entretien motivationnel est utilisé dans de multiples situations au quotidien, dans différentes structures et dans de nombreux secteurs.

2.4.1. Dans les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Le domaine unique est l'addiction qui regroupe néanmoins beaucoup de dépendances différentes.

DR 8 « grosso modo 50 % alcool, il doit y avoir 20-25 % en toxicomanie, et puis le reste on a des, ben, on a de la tabacologie quand même [...], et puis après on va avoir des joueurs pathologiques, des troubles des conduites alimentaires »

DR 1 « tout type d'addiction aussi, par exemple aux jeux vidéo, euh donc c'était au CSAPA, voilà. Globalement, c'était ça... Jeux avec l'argent, voilà ça et oui, cannabis, drogue, »

DR 9 « c'est assez la grande majorité d'alcool, clairement, beaucoup de tabac aussi ces derniers temps, et après, cocaïne, THC, j'ai plus trop d'opiacés [...] peut-être des jeux d'argent, des jeux d'argent, cyberaddictions »

2.4.2. En cabinet de médecine générale

Le champ d'application est plus vaste en ambulatoire.

DR 7 « dans tous les domaines tu peux changer quelque chose à ton comportement pour ton bien, pour ta santé, pour ta santé mentale et ta santé physique »

L'addictologie est également présente avec l'alcool et le tabac en premier lieu.

DR 2 « l'alcoologie [...] C'était motivant et puis alors c'est une partie de la, de la médecine où on s'intéresse aux patients. »

DR 3 « les dépendances, alcool, tabac »

DR 4 « Je fais aussi du suivi de sevrage tabagique »

La dépendance à certains médicaments comme les benzodiazépines ou des antalgiques est aussi traitée avec l'EM.

DR 15 « diminuer les benzo »

DR 1 « addiction à certains médicaments aussi le Lyrica, on en a déjà vu, euh tout ce qui est morphinique aussi, il y a pas mal de patients qui viennent et qui n'arrivent pas à arrêter ce type d'antalgiques : Tramadol »

On retrouve dans les verbatim le domaine de la prévention avec le dépistage et la vaccination.

DR 4 « les motiver bah pour tout ce qui est dépistage [...] ils savent que c'est de la prévention. », « en pédiatrie, [...] motiver des patients à vacciner leurs enfants »

DR 6 « les faire changer un comportement que j'estime à risque pour leur santé [...] pour améliorer leur santé sur le long terme quoi, c'est plutôt à visée préventive quoi ».

L'hygiène de vie est un autre pan de l'usage de l'EM par la modification de l'alimentation et de l'activité physique.

DR 5 « ben pour l'arrêt du tabac, pour, pour la perte de poids aussi »

DR 12 « tu vois la sédentarité ou l'activité physique »

Dans le cadre du suivi des maladies chroniques, l'EM peut faciliter l'observance des traitements et ainsi l'amélioration de l'état clinique des patients.

DR 2 « je pense d'abord à l'addicto mais ensuite je pense à la diabéto. »

DR 6 « ce que je rencontre le plus, c'est le poids, le tabac et le cholestérol, enfin le diabète »

DR 10 « après ça peut m'arriver aussi dans encore des consultations, genre où je vois qu'il y a pas une observance correcte des médicaments »

DR 4 « en matière de surpoids, de diabète, etc, ou même en pneumo pour les asthmatiques quoi, ou les bronchiteux chroniques »

Nous avons relevé que l'EM est employé par les sujets interrogés dans notre étude, dans le traitement des maladies psychiatriques telles que le Trouble du Comportement Alimentaire (TCA) et le syndrome anxio-dépressif.

DR 3 « autre que les dépendances, alcool, tabac et troubles comportements alimentaires »

DR 10 « observance, addiction, obésité, cholestérol, les risques cardiovasculaires, les burn out »

DR 5 « j'ai pas mal de patients que je suis pour des problèmes psychologiques, on va dire d'anxiété ou de la dépression »

Un des médecins s'appuie sur cette méthode pour aider un patient à prendre une décision médicale.

DR 10 « les gens qui veulent pas se faire hospitaliser »

Un médecin envisage d'utiliser l'EM en vue de donner des conseils éducatifs aux patients-parents, en faisant l'hypothèse de réduire la culpabilisation dans son discours.

DR 1 « certains parents, parents d'enfants, quand il y a des problèmes éducationnels [...] peut-être que en utilisant l'entretien motivationnel [...] ben ça permettrait de de faire véhiculer certains messages aux parents sans les faire culpabiliser »

2.4.3. Au-delà de la médecine générale

Le médecin du milieu associatif, qui travaille en équipe, prévoit l'utilisation de l'EM avec ses collègues.

DR 7 « on pourrait utiliser l'entretien motivationnel aussi dans, dans ce travail d'équipe pour, pour que ça vienne d'eux en fait et que toi tu viennes pas dire c'est ça qu'il faut faire »

Les médecins formateurs de l'EM appliquent ces techniques aussi bien lors des formations à l'EM que lors de la formation des internes pendant le tutorat.

DR 7 « je tutore trois internes [...] Je me suis dit, il faudrait que je puisse lui montrer que peut-être que si il change lui de comportement, elle changerait aussi de comportement, potentiellement tu vois donc moi il faut que je fasse de l'entretien motivationnel avec lui pour que lui puisse (le) faire (avec ses patients) »

DR 8 « on utilise l'entretien motivationnel dans les formations à l'entretien motivationnel »

2.4.4. Dans la vie privée

Certains s'essayent à l'EM dans la sphère familiale, par une forme particulière de l'EM qui est l'*equipoise* c'est-à-dire d'exposer deux alternatives dont aucune n'a de bénéfices supérieurs à l'autre, par exemple choisir de pratiquer le judo ou le taekwondo.

DR 8 « avec mes enfants, quand ils ont eu des choix à faire, j'utilisais plutôt l'equipoise qui est pas vraiment l'EM, hein. C'est-à-dire on essaie, on essaie de ne pas orienter vers un côté ou vers un autre »

DR 11 « dans la vie privée aussi, bien sûr, tout le temps, c'est un, c'est un mode de, c'est un mode de relation à l'autre quoi »

2.5. Les impacts positifs et les bénéfices sur la pratique

2.5.1. L'efficacité de la pratique

La majorité des médecins interrogés sont unanimes sur l'efficacité de ce mode de consultation.

DR 6 « j'arrive bien à les motiver pour perdre [...] j'y arrive assez, assez régulièrement et je suis déjà vraiment contente de ça quoi moi donc j'ai l'impression que j'arrive bien ouais à leur faire prendre leur traitement aussi »

DR 10 « quand c'est approprié, la situation s'est montrée du coup appropriée et et les gens sont réceptifs et donc en général ça marche bien. Même même mieux »

DR 11 « je me sens plus à l'aise, je me sens plus efficace, j'ai des retours plus intéressants quoi »

DR 5 « trouve c'est un outil puissant en prévention. Parce qu'on fait pas beaucoup de prévention en médecine générale et je trouve que l'entretien motivationnel, c'est ce qui nous permet d'en faire et d'en faire de manière efficace. »

2.5.2. En santé publique

Une des internes y voit même un intérêt de santé publique du fait de la prise en charge non médicamenteuse, ce qui évite un risque d'effet indésirable pour le patient et une économie des dépenses de santé.

DR 16 « avoir un intérêt de santé publique » « tu vois l'entretien motivationnel n'aboutit pas forcément à une à une prise en charge médicamenteuse du coup je pense que, je pense que ça mériterait d'être plus développé. »

2.5.3. Une temporalité nécessaire

Les changements de comportement nécessitent une autre temporalité dans le suivi du patient. Au contraire d'une infection qu'il faut traiter au plus vite, les comportements à risques et l'hygiène de vie requièrent une prise en charge dans la durée. Ce type de prise en soin libère le médecin de la contrainte du résultat car le risque vital pour le patient n'est pas aussi menaçant.

DR 5 « s'adapter au temps du patient »

DR 6 « l'aspect de la répétition plusieurs fois et de l'importance d'une prise en charge sur le long terme, et que il faut pas voir forcément la défaite le jour J [...] ça m'a peut-être appris ça de se dire que rien n'est perdu et que on aura quand même gagné même si c'est dans deux ans. Et ben si à un moment donné et puis pas se braquer et dire on arrête d'essayer en fait continuer d'essayer même au bout de dix ans il peut peut-être changer d'avis »

DR 9 « ça peut prendre ben même plusieurs mois en fait avant d'atteindre un certain objectif »

DR 9 « s'il est pas prêt à apporter des choses, ben il faut lui laisser le temps de, essayer des chemins détournés et si ça marche pas bon on laisse le temps »

2.5.4. Transformer sa façon de parler en consultation

Plusieurs de nos interviewés ont noté l'importance de la formulation des phrases lors de la consultation motivationnelle.

DR 5 « parfois la manière dont tu dis les choses, bah ça peut avoir un impact négatif, ça peut être culpabilisant [...] ça te fait réfléchir à, aux choses dont tu dis et à la manière dont tu le dis »

DR 7 « c'est une grosse éducation thérapeutique du docteur de transformer sa façon de de parler »

DR 13 « je trouve que j'ai un peu changé mon écoute et ouais un peu ma manière de d'interroger les patients »

DR 11 « les règles du motivationnel c'est j'oublie le « je » et, et je suis complètement projeté vers le patient »

2.5.5. Modifier son approche avec le patient

Avant l'EM, le médecin avait tendance à formuler lui-même les arguments en faveur du changement, ce qui poussait habituellement les patients à contre-argumenter en faveur d'un *statu quo*. L'effet était contre-productif pour le patient et son autonomie.

DR 7 « le deuxième truc qui a changé, c'est d'arrêter de chercher à convaincre, et d'argumenter pourquoi c'est bien de faire ça »

DR 8 « que ça venait répondre à beaucoup de questionnements que j'avais dans les difficultés relationnelles avec les patients, les patients qui, que je voulais absolument, j'avais mon réflexe de sauveur, mon réflexe réparateur [...], mais j'ai réalisé que c'était moi qui mettais des choses en, en œuvre, qui faisait que mes patients changeaient pas en fait »

2.5.6. Une facilité d'application

Cette méthode de communication est perçue par plusieurs des participants comme simple à appliquer, nécessitant peu d'investissement matériel ou de temps.

DR 6 « c'est un truc que tu peux glisser facile dans, dans la consultation pour encourager les gens et ça me non, ça me paraît pas compliqué »

DR 5 « le fait que ça soit facile à mettre en place [...] une petite formation préalable mais au final, c'est plutôt des, des techniques de communication en fait, à part à part la formation, enfin juste du temps et puis deux personnes ça, c'est juste parler en fait »

2.5.7. Aux antipodes de la formation initiale hospitalière

Pendant ses études de médecine, le futur médecin généraliste accumule une masse importante de connaissances dans toutes les spécialités. Étant au cœur de la coordination des soins, il aura besoin d'un maximum de savoirs pour une meilleure orientation du patient. L'étudiant termine ses études avec l'impression de tout connaître, de pouvoir traiter toutes les pathologies et tous les problèmes de ses patients. De ce fait, le médecin a souvent cette posture de sachant face au patient plus ignorant et peut ainsi se comporter de manière stigmatisante.

En pratique, le jeune médecin se rend souvent compte qu'il lui reste beaucoup à apprendre et que les demandes des patients sont parfois peu médicales. L'utilisation de l'EM peut répondre à ce type de demandes, par exemple : « je veux perdre du poids ».

DR 11 « les règles du motivationnel c'est j'oublie le « je » et, et je suis complètement projeté vers le patient, alors que la formation médicale qu'on a c'est : je sais, je vous dis comment faire quoi, encore aujourd'hui »

DR 8 « on va passer notre temps à communiquer avec des gens et à aucun moment dans nos études on nous apprend à communiquer avec les patients »

DR 7 « je trouve que ça devrait être même obligatoire pendant les études de médecine, tu vois ? Que ça nous éviterait [...] d'être jugeant, stigmatisant, d'être, de provoquer du nomadisme »

2.5.8. Un sentiment de valorisation professionnelle

Les praticiens ressentent une satisfaction à la contribution de la santé de leur patient avec le sentiment du devoir accompli.

DR 4 « j'ai l'impression de bien faire mon boulot quoi [...] j'ai l'impression effectivement en tout cas d'avoir apporté ma petite pierre à l'édifice de la bonne santé »

DR 5 « je trouve ça hyper valorisant en tant que médecin »

DR 12 « je me sens valorisée en fait tu vois, je me sens un peu reconnue et puis comment dire légitime dans ma pratique »

DR 3 « une certaine satisfaction de l'accompagnement quand effectivement la personne arrive »

DR 6 « vu que je suis pas la spécialiste, que j'ai pas fait de formation et que je fais ça plus en dilettante et que je me suis plutôt inspirée vaguement d'un principe que j'ai trouvé sympa, que j'ai gardé et que j'utilise dans ma pratique, bah ça me convient puisque je trouve de la satisfaction à le faire, je trouve qu'il y a des résultats et puis moi j'aime bien cette façon d'être, cette façon d'être médecin, ça me convient, ça me fait plaisir à moi donc voilà. »

2.5.9. Une modification du comportement du médecin

Depuis la découverte de l'EM, plusieurs des médecins interrogés reconnaissent un effet bénéfique sur leurs propres attitudes.

DR 2 « peut-être que ça vaut aussi pour mes propres comportements. »

DR 9 « ça m'a permis de relativiser »

DR 5 « ça permet de rester vachement humble »

DR 9 « j'étais vraiment beaucoup plus directive que qu'à l'heure actuelle »

2.5.10. Une protection du médecin

L'entretien motivationnel permet au médecin de relativiser face aux non-réussites des patients dans leurs démarches. Leur prise de recul leur permet de se protéger sans altérer la relation médecin-patient.

DR 5 « ça permet aussi de de nous de nous protéger tout en restant empathique, mais de pas de, de moins s'investir en fait [...] ça ça me permet de pas prendre comme un échec »

DR 5 « de lâcher un peu prise et de, et du coup pour moi de mieux vivre les choses »

DR 8 « ça m'a permis de survivre dans l'addictologie [...] Quand il y a un échec en addictologie, je le vis faisant partie du taf quoi »

DR 6 « je prends plus pour moi quand un patient il fait pas son truc, donc je vais pas me miner parce que mon patient là depuis je sais pas combien de temps il a 10 % d'hémoglobine glyquée »

DR 13 « ça permet aussi de mettre de la distance aussi toi en mode si y a un échec bah tu prends moins personnellement je trouve »

2.5.11. Un gain de temps pour atteindre l'objectif

L'écoute empathique permet au patient d'exprimer librement ses objectifs et ses priorités. Le médecin peut ainsi le guider d'emblée vers ses projets.

DR 11 « le motivationnel permet d'aller à l'essentiel, puisque l'essentiel, c'est ce qui concerne le patient, ce qui est important pour lui, ce qu'il est prêt à faire »

DR 8 « mais l'entretien motivationnel, une fois qu'on est, une fois qu'on est bien entraîné et qu'on, qu'on maîtrise bien l'outil, alors là c'est une un gain de temps faramineux quoi, au lieu de passer son, des heures et des heures à argumenter avec le patient, à tergiverser, on va, voilà, on arrive à être directement efficace quoi »

2.5.12. L'EM, un traitement personnalisé

Ce type d'entretien permet un traitement individualisé, adapté à chacun en termes de temps, de niveau de discours et de valeurs.

DR 9 « il y a pas un seul entretien motivationnel, il y en a en fait pour chaque patient »

DR 4 « l'entretien motivationnel, on peut pas le calquer [...] il faut composer à chaque fois avec chaque patient, celui qu'on a devant nous »

DR 13 « je m'adaptais peut-être plus à la personne qui est en face de moi »

DR 9 « j'essaie toujours de enfin d'adapter en fait mon discours, du coup à la personne qui est devant moi, c'est sûr que je vais pas utiliser les mêmes termes éventuellement du coup avec quelqu'un qui a un bas niveau d'étude que quelqu'un je sais pas qui a fait un master »

2.5.13. Une meilleure écoute

L'utilisation de l'EM lors d'une consultation permet au patient d'avoir un temps de parole plus important et ainsi d'être plus écouté.

DR 8 « ils ont l'impression d'être, d'être écoutés, qu'on leur fait une place, quand on leur fait une place dans le dans le soin. Et pour eux et qu'ils ont, ils ont l'impression de pas être jugés, ah ça, c'est vraiment ce qui ce qu'ils ramènent souvent les patients, quoi, le non-jugement, le sentiment d'être écouté, d'être vraiment, d'avoir une place de de personne, de respect, d'être respecté dans sa dignité, ça, c'est quelque chose qui revient très souvent"

DR 4 « qu'ils sentent que je suis prête à les écouter quoi, et que c'est pas juste une phrase type la main sur la porte et que ils peuvent se poser et se raconter quoi. Et c'est pour ça que je dis pour moi l'entretien motivationnel [...] demande de l'écoute et du temps et, et le patient il se posera pas et il se racontera pas si il sent pas que, si, si il vous sent pressé en face il le fera pas, ça c'est évident. »

DR 10 « tu leur donnes plus de place, tu les coupes pas, tu les écoutes »

DR 13 « ça permet d'avoir une meilleure relation, d'avoir une meilleure adhérence thérapeutique enfin, puis d'être plus à leur écoute et efficace je trouve d'une certaine manière »

2.5.14. L'autonomisation du patient

Le patient étant au cœur de la prise en charge de par l'écoute et le temps consacré, il peut élaborer, de lui-même, les changements qu'il pense adéquats sous la guidance du médecin.

DR 9 « il y a vraiment des, des questionnements du coup sur leur comportement », « ça valorise la place du patient, en fait, dans nos prises en soin, on dit prise en soin mais bon prise en charge, et ça le met vraiment au cœur en fait de la prise en charge »

DR 5 « ça permet au patient d'être vachement autonome, ça, ça remet vraiment le patient à devenir acteur de sa santé. »

2.5.15. Redonner confiance au patient

La liberté de parole accrue lors de la consultation, ainsi que l'évolution positive dans le changement de comportement, permettent au patient d'atteindre son but et de regagner confiance en lui.

Le fait que le patient soit à l'origine du progrès et non le médecin, renforce également ce sentiment.

DR 10 « il est quand même du coup content parce qu'il a eu tous ses quasiment tous ses 15 min à parler lui-même presque »

DR 3 « la satisfaction qu'ils aient une réussite, enfin ça, une reprise de confiance en eux d'avoir réussi eux-mêmes à créer le changement »

2.5.16. Un avantage sans contrepartie financière pour le patient

Il n'existe pas de cotation spécifique pour l'entretien motivationnel. Cependant, les médecins libéraux interrogés choisissent de ne pas appliquer de dépassement d'honoraires aux patients. Ces derniers n'auront pas de surcoût et seront remboursés selon leur régime habituel.

DR 15 « pour le patient où du coup lui il est remboursé »

DR 5 « c'est tout le monde 26,50 € et mais quand j'ai besoin de trente minutes, je prends trente minutes et quand je peux gérer les choses en dix-quinze minutes [...] bah je le fais en dix-quinze minutes. Mais du coup c'est 26,50 € pour tout le monde »

DR 1 « alors non je fais pas de dépassement »

DR 4 « je fais pas une surcotation pour l'entretien motivationnel, certes c'est chronophage mais bon voilà. Comme des fois le surcoût peut être un frein aussi à la consultation je préfère qu'il vienne et que voilà, et qu'il fasse son sevrage »

DR 2 « c'est pareil que ce soit sur rendez-vous ou en libre, c'est le dire à tarif du secteur 1 [...] je fais pas de différence [...] je vois vraiment pas pourquoi je ferai un dépassement »

2.5.17. Une vision de partenariat

Le modèle historique du paternalisme médical français n'a plus lieu d'être. Actuellement, ce modèle se dirige davantage vers le modèle américain d'autonomie. En France, ce n'est plus le modèle du médecin tout puissant « qui sait », ni le respect strict de l'autonomie mais une troisième voie qui permet le respect du choix du patient (le consentement au soin, l'information, le refus de soin) tout en garantissant les principes de bienfaisance et de justice par la collectivité solidaire (sécurité sociale).

A présent, les médecins ont une vision de la relation médecin-patient dans un style de partenariat plutôt que de sachant à ignorant.

DR 1 « nous, on est juste un soutien »

DR 6 « moi j'aime bien cette façon d'être un petit peu en équipe avec le patient et pas d'être paternaliste comme à l'ancienne, aller gronder quoi, »

DR 8 « bah ça permet vraiment d'avoir une posture beaucoup plus collaborative. Paradoxalement, on se sent moins responsable des choses »

DR 5 « d'être vraiment un partenaire »

DR 2 « c'est beaucoup plus de l'accompagnement »

DR 5 « on marche à côté du patient sur le chemin, mais c'est lui qui décide de la route qu'il veut prendre quoi »

2.5.18. Une relation renforcée et de meilleure qualité

La majeure partie des répondants ressentent une amélioration de la qualité de la relation médecin-patient. Le médecin étant plus à l'écoute, le patient se sent plus en confiance et se confie davantage. La relation est plus à l'équilibre, ce qui favorise l'alliance thérapeutique.

DR 8 « une relation avec les patients de de, de meilleur, de meilleure qualité, qui a un réel engagement des patients dans leur relation. C'est plus, plus épanouissant aussi pour les professionnels »

DR 1 « ça renforce notre relation médecin-patient, médecin-malade parce que il commence à avoir de plus en plus confiance en fait, quand on lui pose ses questions. Nous de notre côté, on apprend à mieux connaître le patient »

DR 3 « ça renforce un peu quand même la relation dans le sens où le patient il se sent quand même écouté. Et, et il sent, il sent quand même qu'il y a une importance dans la relation »

DR 4 « quand on utilise l'entretien motivationnel, je pense que invariablement, on s'intéresse aux patients et je crois que ça, c'est quand même quelque chose d'important [...] le patient se sent écouté et entendu dans sa particularité quoi »

DR 7 « tu vois que cette forme d'entretien en tout cas favorise le lien de confiance, les gens se sentent pas jugés, et, et c'est agréable tu vois, c'est un, un beau lien de soin je trouve. »

DR 9 « ça aide dans l'alliance thérapeutique le fait d'avoir cette réflexion finalement commune, ben y a moins ce rapport de hiérarchie entre voilà, je suis le médecin sachant et vous êtes le patient, vous faites ce que c'est, c'est un peu plus sur un pied d'égalité, oui et non, mais en fait y a moins ce delta entre les deux et ça fait que j'ai l'impression que le patient peut plus se confier aussi »

2.5.19. Un nouveau rôle du médecin

Par la pratique de l'EM, le médecin n'est plus dans un rôle de donneur d'ordres et de moralisateur mais plus dans celui d'accompagnateur.

DR 7 « je suis convaincue de ce truc, ça correspond, ouais, ça correspond à ma façon de, d'être, d'être au monde, enfin tu vois le rendre l'autre acteur de sa vie, enfin lui permettre d'être acteur de sa vie, mais sans que je sois moi toute puissante, tu vois, puisque finalement c'est juste, c'est..., tu amènes l'autre à ce qu'il fasse le job tout seul, tu vois, c'est pas moi qui mets la, la cape de super-héros et qui vais sauver le monde entier »

DR 6 « moi ça m'aide beaucoup hein, ça m'aide beaucoup. J'ai l'impression que les gens ils aiment bien. Moi j'aime bien aussi donc j'aime pas être moralisatrice et j'aime bien que les gens se sentent à l'aise, pour moi c'est vraiment important d'être un, un accompagnateur de vie »

DR 14 « moi je pense que j'ai un rôle plutôt d'accompagnateur quoi, de soutien, d'aide, et puis d'écoute, enfin voilà de vraiment de, un peu de, pas de médiateurs, mais ouais, de de quelqu'un de neutre, qui écoute et qui qui jugera pas »

2.5.20. Le rôle moteur du patient

Après une meilleure compréhension des enjeux par le patient pour son mieux-être, il entreprend lui-même les différents changements au niveau de la planification et du maintien de l'action.

Le patient opère ses modifications par volonté propre et sans contrainte exercée par le médecin.

DR 2 « quand eux ils ont vraiment compris »

DR 15 « pour l'entretien motivationnel, je pense que le patient il trouve un sens à ce qu'il fait [...] si on arrive à ce que le patient y trouve un avantage et comprenne pourquoi il le fait, et ben c'est là où c'est intéressant »

DR 7 « il y a un côté, ce lâcher prise est agréable, enfin tu t'en, tu fous rien, à faire de la reformulation c'est facile en fait, [...] enfin tu laisses l'autre émerger en fait, c'est, ah, y a quand même un truc jouissif là-dedans. »

DR 4 « si on leur propose un suivi, ils voient que c'est important pour nous, donc quelque part enfin, qu'on y attache de l'importance donc pour eux je pense aussi. Voilà, ils voudront mieux s'impliquer »

DR 11 « j'essaye de lui donner la parole le plus possible en la cadrant en fonction de, de ce pourquoi il est venu, de ce vers quoi on veut aller et le temps dont je dispose là »

DR 12 « je considère que quand les patients comprennent ce qui se passe ils vont mieux adhérer au, au traitement et au changement de leur comportement »

2.6. Les difficultés et limites

2.6.1. Des avis partagés

Les médecins interrogés ne sont pas tous unanimes concernant les effets négatifs et considèrent même, pour plusieurs d'entre eux, qu'il n'en existe pas.

DR 2 « moi je vois pas de négatif à l'entretien motivationnel »

DR 5 « je vois pas d'inconvénients à ça en fait »

DR 9 « ça peut qu'être bénéfique en fait, si ça permet aux patients d'adhérer en fait dans les soins. Donc je vois pas trop de négatif là »

DR 11 « on peut pas avoir d'effet négatif sur le motivationnel si on respecte la règle, déjà si le patient veut pas on respecte »

DR 6 « je leur dis que je les revois pour une consultation dédiée donc maintenant, du coup, si je fais ça, ça me pose pas de problème »

DR 8 « mais comme j'aurais du mal à imaginer pratiquer autrement à l'heure actuelle. Je suis rentré vraiment dans les habitudes »

Toutefois, certains autres médecins ont identifié des inconvénients à son application en médecine générale, que nous détaillons ci-après.

2.6.2. Une contrainte de temps

Pour plusieurs de nos participants, le temps disponible pour une consultation d'entretien motivationnel est le facteur le plus limitant.

DR 1 « alors négatif, y en a aussi hein. C'est que ça prend beaucoup de temps »

DR 2 « il faut du temps »

DR 3 «, on n'a pas forcément le temps de créer des consultations longues pour suivre réellement très régulièrement un patient qui est motivé »

DR 4 « l'entretien motivationnel nécessite un paramètre imparable c'est le temps [...] je dis pas tiens on va se fixer un rendez-vous dans quinze jours pour parler de tout ça parce que, les gens n'ont pas le temps quoi et ils vont pas forcément revenir dans quinze jours pour discuter de leur diabète, de leur hygiène de vie, faut les prendre quand ils sont là quoi »

Mais pour une autre partie d'entre eux, le problème du temps disparaît par la maîtrise du sujet.

DR 8 « mais l'entretien motivationnel, une fois qu'on est, une fois qu'on est bien entraîné et qu'on, qu'on maîtrise bien l'outil, alors là c'est une un gain de temps faramineux [...], on arrive à être directement efficace »

DR 11 « ça permet en médecine générale bien utilisé, d'être efficace et de gagner du temps »

DR 8 « pour devenir un expert disons, il faut à peu près 10 000 heures de pratique quoi quelle que soit la pratique, dès qu'il y a un peu d'expertise à mettre en jeu donc, donc c'est la même chose pour l'entretien motivationnel »

DR 7 « pour moi c'est pas chronophage et tu vois le premier entretien que j'avais fait, il a duré sept minutes, l'enregistrement c'était sept minutes, c'était pas très long »

2.6.3. Un besoin supplémentaire d'énergie

Quelques médecins nous ont fait part de l'énergie que cette technique sollicitait. Un surplus de concentration est nécessaire pour contrôler sa manière de s'exprimer et son attitude.

DR 1 « ça prend beaucoup d'énergie [...], ça demande beaucoup de réflexion de notre part et toute une technique, une stratégie à appliquer »

DR 10 « pour moi personnellement c'est plus énergivore parce que je dois, je dois manipuler plus de mes capacités intellectuelles pour effectivement bah inventer comment on pose les questions [...] là c'est plus compliqué, c'est plus compliqué, plus, plus fatiguant, plus long »

DR 7 « ça demande de l'énergie parce qu'il faut que tu te contrôles [...] pour ne pas aller dans tes réflexes correcteurs »

Néanmoins cette pratique reste pour DR 7 une pratique plus économe en énergie qu'une consultation « classique » où elle cherchera à convaincre le patient.

DR 7 « je fais reformuler, enfin je reformule, je je fais de la valorisation, je enfin tu vois, c'est c'est beaucoup moins énergivore que de se dire mince, il faut que j'argumente »

2.6.4. Un manque à gagner

Certains ont évoqué l'aspect financier à propos d'une consultation plus longue rémunérée au même titre que la consultation de base du généraliste.

DR 1 « quand même souvent à une demi-heure de consultation et clairement c'est pas du tout rentable financièrement »

DR 15 « on n'est pas revalorisé »

DR 5 « tu vois forcément un peu le manque à gagner en terme financier si tu peux pas le, le facturer plus »

Toutefois, malgré le manque à gagner, DR 5 estime que ce n'est pas un facteur limitant.

DR 5 « mais je trouve que déjà en vingt voire trente minutes, on peut déjà faire beaucoup de choses, [...] je pense que ce qui revient souvent aussi, c'est la question financière de faire tout ça, moi c'est pas, financièrement, je m'en sors très bien en faisant comme ça quoi »

2.6.5. La valorisation difficile du patient

On retrouve chez plusieurs des interrogés, des difficultés à valoriser et féliciter les patients, avec un risque de paraître condescendant.

DR 2 « il faut surtout les féliciter alors ça les féliciter c'est, c'est vrai. Enfin après ça a un petit peu quelque chose de surfait quand même hein, de toujours dire c'est vachement bien ce que vous avez fait, mais on peut faire encore un peu mieux, de toujours positiver et enfin il faudrait le faire »

DR 7 « je pense que c'est super important de valoriser, ouais, de valoriser les gens. Et là où je dois apprendre à le faire, c'est de le faire avec l'équipe, sans que ce soit trop infantilisant »

DR 9 « je trouve que c'est très, un peu paternaliste dans le sens où voilà, vous avez fait quelque chose, voilà, il y a la récompense, bravo [...] à trop valoriser, [...] c'est que du coup ça peut vraiment donner cette posture de bon élève et que finalement c'est pas, c'est pas pour lui du coup qu'il va faire la démarche »

2.6.6. Une frustration de certains patients

Deux médecins ont reconnu que certains patients n'apprécient guère de ne pas avoir directement la solution à la fin de la consultation. On peut penser que ce type de patient reste passif face à l'attente d'un traitement.

DR 9 « y en a certains où ils trouvent que c'est comment dire c'est frustrant que on leur donne pas en fait toutes les cartes, dès le début et là, ça peut être compliqué [...] mais vous me donnez pas de solution docteur »

DR 10 « des fois effectivement, plutôt que ça l'embête qui se sent un peu attaqué, dans son bien-être ou dans son voilà il, il veut pas te répondre, il veut pas travailler, il veut que tu, qu'il qu'il vient, que tu lui trouves la solution, que tu lui donnes la solution et qu'il part, tandis que en lui posant les questions, bah tu tu le bouscules un peu dans, dans son, dans sa posture passif, et du coup ça peut ça peut les irriter certains genres, certains types de personnes »

2.6.7. Un manque de motivation du patient

Les patients peu ou non motivés à quelque changement que ce soit, ne sont pas réceptifs au discours motivationnel, mettent en défaut le médecin.

DR 4 « je me sens moi limitée personnellement, c'est quand j'ai des personnes qui sont obtus dans et qui n'ont pas envie de change »

DR 9 « il y a des gens qui vont être dans une posture vraiment très défensive et donc du coup je sais que je vais accéder à rien »

DR 12 « des fois ça les saoule que tu les que tu leur poses des questions [...] parce qu'on les, je les pousse pas forcément dans leurs retranchements si tu veux, tu vois. Mais je les bouscule un peu, tu vois, et en fait, il y a des gens, je pense que ils cherchent pas ça »

Cependant, c'est une des spécificités de la technique de l'EM : si le patient ne souhaite pas changer son comportement, il est inutile de le contraindre.

DR 16 « ça sert à rien de proposer à un patient en entretien motivationnel si il veut rien changer à ces pratiques ou à sa consommation »

2.6.8. Inadapté au médecin

Un des médecins généralistes n'apprécie pas toujours ce type d'entretien, car certains patients ne sont pas dans l'alliance thérapeutique et rendent ainsi le praticien mal à l'aise.

DR 10 « c'est pas forcément une technique que, que je que j'apprécie particulièrement, [...] pas forcément à utiliser de A à Z du matin au soir [...] ça me met pas dans de bonnes conditions, je me sens pas forcément à l'aise de de passer tout mon temps sur ce type de communication », « avec certains types de gens, ben je sais pas quand il y a de l'agressivité de l'autre côté, des profiteurs, des gens qui viennent, qui exigent, c'est pas forcément la meilleure technique tu vois [...] t'as envie juste de protéger toi-même mais t'as pas envie forcément de partager quoi que ce soit avec certains types de gens »

2.6.9. Un risque de dérive

Certains se sont essayés à la technique avec leurs proches. Il faut néanmoins rester prudent puisque l'EM n'est pas adapté en dehors du soin.

DR 8 « ça déforme notre manière de de communiquer, hein, à la longue [...] les gens sont souvent très tentés d'utiliser avec leurs proches quand c'est, quand il y a un enjeu émotionnel important, c'est quand même très compliqué parce que ça ne ça, normalement ça demande une certaine neutralité »

2.7. Perspectives souhaitées

2.7.1. Etendre la formation

Plusieurs des participants souhaiteraient voir l'EM faire davantage partie de la formation obligatoire initiale et non seulement par des formations optionnelles pendant l'internat.

DR 7 « je trouve que ça devrait être même obligatoire pendant les études de médecine, tu vois ? Que ça nous éviterait [...] d'être jugeant, stigmatisant, d'être, de provoquer du nomadisme médical tu vois je, je pense que ce serait tout bénéf pour les gens en fait que chaque médecin ait une formation obligatoire d'entretien motivationnel »

DR 13 « j'ai l'impression que pas beaucoup de gens sont formés, pas beaucoup de gens l'utilisent et que c'est un peu dommage [...] j'ai l'impression qu'il faudrait que les médecins soient un peu plus formés »

DR 8 « on va passer notre temps à communiquer avec des gens et à aucun moment dans nos études on nous apprend à communiquer avec les patients »

D'autres aussi, souhaitent une formation de leurs confrères spécialistes qui demandent régulièrement des sevrages de tabac ou d'alcool lors de leurs consultations.

DR 6 « mais il y a trop de spécialistes aussi hyper moralisateurs, je trouve quoi, donc ils rentrent de chez le cardio ou de chez l'angio, ou de je sais pas quoi, c'est bon, ils ont l'impression de s'être fait engueuler comme des, comme des gamins »

DR 8 « cardio par exemple, c'est très difficile, c'est comme ça. En diabéto ils sont plus habitués aux pathologies chroniques à négocier avec leurs patients [...], ils (les cardios) s'en occupent pas. Ils donnent l'injonction à leurs patients d'arrêter de fumer. Et les plus avancés ils disent allez voir le tabacologue »

DR 4 « que pour moi l'entretien motivationnel en ce qui concerne par exemple le tabac ou les addictions ou, ou le sucre ou ci ou ça fait partie intégrante aussi du job du spécialiste quoi »

2.7.2. Un besoin de légitimation

A partir de l'ensemble des entretiens, on comprend que chacun a un niveau différent de formation, parfois sans réelle méthode, ni évaluation, ni validation par autrui. On ressent le besoin de confirmation de la bonne utilisation de l'EM et de ses techniques.

DR 2 « bah je sais pas si je fais exactement l'entretien motivationnel tel que vous, vous, tel que vous le, le voyez »

DR 3 « ça serait intéressant de voir justement si je suis complète ou si s'il y a encore des choses à améliorer »

DR 6 « entretien motivationnel donc je saurais pas dire si c'est ça que je fais ou pas en fait »

DR 12 « laquelle je le fais peut-être pas correctement, enfin tu vois peut-être pas en bonne et due forme avec tout le process »

DR 14 « peut-être que il y a des choses que j'aborde absolument pas et qui sont super importantes à aborder »

La supervision, c'est-à-dire l'enregistrement de tout ou une partie d'un entretien qui sera réécouté par un formateur ou par soi-même, permet de progresser dans sa pratique.

DR 13 « ce qui m'avait conseillé c'était d'avoir une supervision parce [...] qu'il y a plein de fois où tu t'entends pas poser des questions fermées »

DR 8 « après il faut vraiment le formaliser, c'est à dire faut faire quand même un minimum de supervision, ou même, pour regarder ce qu'on fait quoi quand on fait, faut prendre du temps pour regarder ce qu'on fait »

3. La carte heuristique des résultats

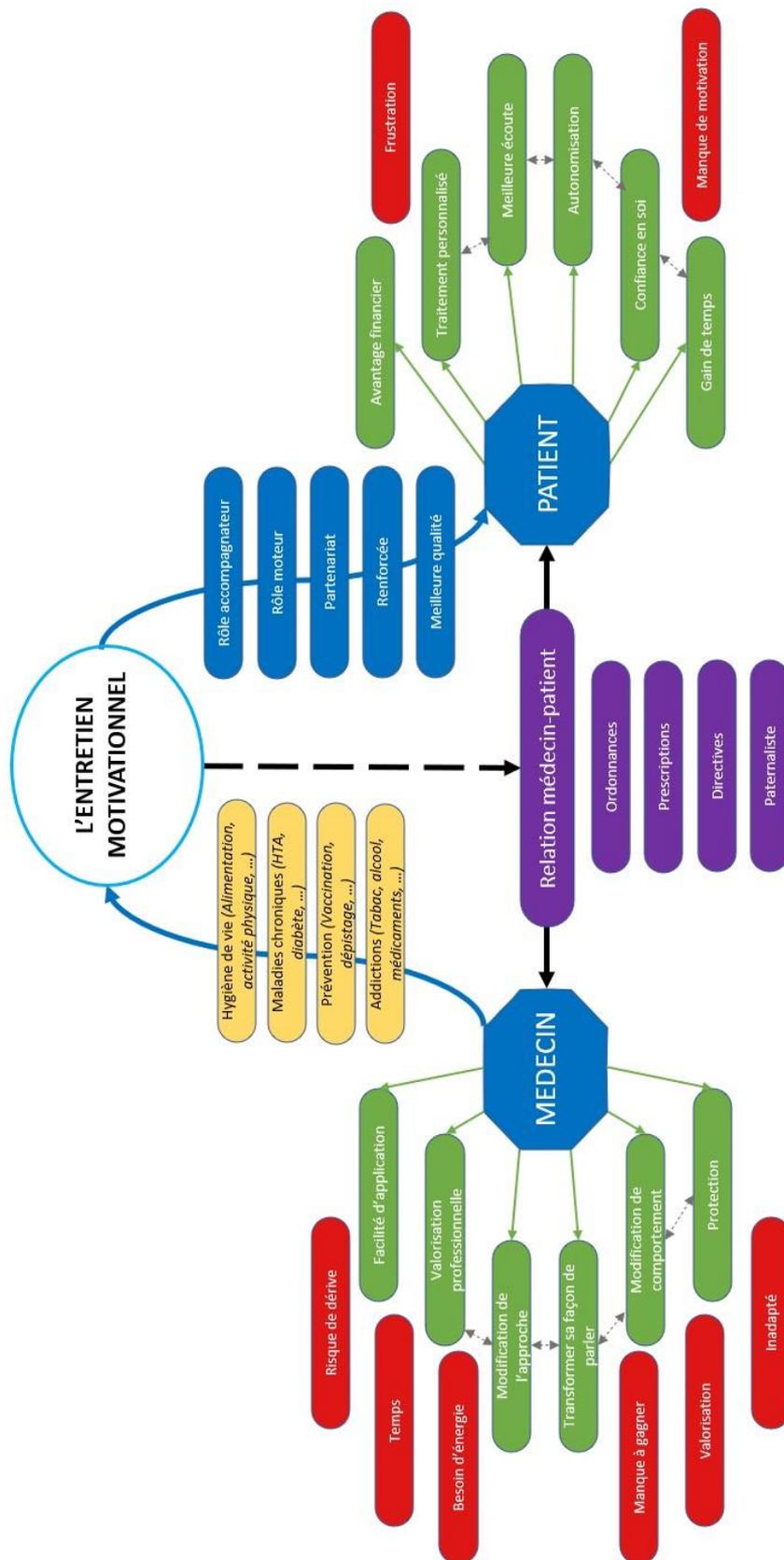


Figure 5 - Carte heuristique des résultats

Discussion

1. L'esprit de l'EM

L'esprit de l'EM est un ensemble de valeurs et de principes qui sont à la base de la pratique de l'entretien motivationnel et sont tout aussi importants que la méthode (32). Comme le précisent Miller et Rollnick depuis la 3^e édition de leur ouvrage publiée en 2002, ceux-ci ne constituent pas un prérequis à la pratique mais sont la façon d'agir vers laquelle tendre.

Le partenariat : la relation médecin-malade est une collaboration entre deux experts, le professionnel détenteur du savoir technique et le patient expert de sa propre situation. Dans l'entretien motivationnel cette posture est essentielle car dans cette relation, chacun est acteur et rend le changement possible à l'initiative de la personne aidée, sans contrainte exercée par le médecin.

Le non-jugement : le concept se décline selon quatre attitudes que l'intervenant cherchera à intégrer. Ces quatre attitudes sont de porter un regard positif et confiant sur la personne pour lui permettre d'évoluer, de manifester une empathie approfondie afin de comprendre le cadre de référence de l'autre, de respecter l'autonomie de la personne et sa capacité à se diriger elle-même vers une évolution positive et enfin de valoriser ses capacités et reconnaître ses efforts sans exprimer une appréciation personnelle.

L'évocation : le praticien aide le patient à faire émerger les ressources, motivations et capacités, qu'il a déjà en lui pour changer sans être dicté par le professionnel. L'évocation vise à amener ces éléments à la conscience du patient.

L'altruisme : l'EM est orienté vers le mieux-être du patient à l'instar d'une relation commerciale où un vendeur pourrait utiliser une relation de partenariat avec son client, évoquer ses besoins et désirs, respecter sa décision d'acheter ou pas, à des fins de profit personnel.

Peu importe le niveau de formation et de connaissance sur l'entretien motivationnel de chaque personne interviewée, on retrouve chez chacune ces valeurs de partenariat dans la relation, d'empathie, de non-jugement, de respect de l'autonomie du patient et d'évocation par « *le fait de planter la graine* » qu'on laisse germer dans la tête du patient. Toutes ces attitudes regroupent les médecins pratiquant l'EM dans le même esprit et sont entreprises dans le seul but d'améliorer la santé du patient.

2. L'efficacité

L'entretien motivationnel est un outil ressenti comme efficace dans les modifications de comportement. On retrouve ces résultats dans plusieurs études, notamment dans le cadre du sevrage tabagique chez des patients diabétiques de type 2. Dans cette revue de la littérature de T. Bahoune réalisée en 2023, l'entretien motivationnel accompagné d'éducation thérapeutique a montré un bénéfice dans l'aide au sevrage tabagique de 1,5 à 8 fois plus fréquemment obtenu chez les patients traités par cette méthode non pharmacologique (33).

Dans la revue de la littérature de K. Edmond en 2021 qui a évalué l'efficacité de l'entretien motivationnel en cabinet de médecine générale grâce à trois essais randomisés, il démontre une amélioration des chances de sevrage tabagique et du taux de cholestérol par rapport à des conseils traditionnels de santé (34).

Toutes les études semblent démontrer une efficacité de l'EM, mais sans grande fiabilité et sur de petits échantillonnages. En dépit de ses résultats controversés, l'impression reste unanime dans notre étude. Les médecins interrogés ont tous conclu sans exception à une efficacité certaine de l'entretien motivationnel.

Est-ce donc une simple impression apportée par une meilleure relation médecin-patient ou y a-t-il une vraie tendance que l'on n'arrive pas à prouver ?

Ces études de recherche clinique s'étendent sur quelques semaines à deux ans tout au plus, mais nous avons vu que la temporalité nécessaire pour obtenir un changement de vie chez un patient était parfois de plusieurs années ou dizaines d'années. Il est donc possible que les sujets interrogés dans les études ne montrent pas de résultats à court et moyen termes mais qu'ils partagent la conviction d'être sur le bon et long chemin vers un changement favorable à plus long terme, que les études actuelles ne permettent pas de démontrer.

Le résultat n'est plus un objectif parce qu'il sera atteint, mais avec un délai inconnu variable.

En effet, la politique de Réduction des Risques (RdR) dans le milieu de la toxicomanie depuis les années 1980 (35), ne vise plus à « guérir » mais à « prendre soin ». L'objectif traditionnel de sevrage complet et immédiat est remplacé par la co-construction d'un projet de changement pas-à-pas. La posture de RdR donne les outils et informations utiles au patient afin qu'il puisse prendre soin de lui-même dans son environnement et avec son produit (36). L'essentiel est dans la diminution du risque et non dans l'abstention totale.

Grâce à ce positionnement, le médecin s'affranchit du résultat, tout en mettant en œuvre les moyens à disposition du patient.

3. Le bien-être au travail

Le bien-être au travail est une question essentielle depuis le milieu du 20^e siècle mais l'association positive entre la satisfaction au travail et les indices de performance individuelle

n'est établie que plus récemment dans les années 2000 (37). La méta-analyse de Lyubomirsky et al. (2005) illustre par exemple l'effet positif entre les affects ressentis au travail et des mesures de productivité individuelle sur les plans de la performance, de l'absentéisme et de la rémunération (38).

D'après le travail de thèse de M. Rastègue en 2022, les déterminants du bien-être des médecins généralistes s'articulent autour de dix notions principales dont la spécificité de la relation médecin-patient, la satisfaction financière et l'équilibre entre sa vie professionnelle et personnelle (39). Nous avons montré que les médecins généralistes interrogés se sentent plus à l'écoute et valorisés dans leur exercice avec l'usage de l'EM. Nous pouvons donc supposer que le mieux-être et le confort au travail pourraient apporter un bénéfice au patient et à leur relation. Les intérêts du médecin et du patient sont-ils compatibles dans la pratique ?

Actuellement, certains médecins réduisent leur temps de consultation et limitent le nombre de motifs afin d'équilibrer le temps professionnel, souvent au détriment du temps d'écoute pour le patient.

Des intérêts contradictoires existent entre le besoin du patient et la contrainte financière du médecin, par l'absence de cotation particulière ou valorisation réelle de la médecine générale tarifée à l'acte. Une tarification horaire comme appliquée en Suisse pourrait lever cette contrainte financière où la parole est davantage valorisée que l'administratif (40).

Par ailleurs, plusieurs des médecins interrogés nous ont fait part de la protection que l'EM apporte en permettant de relativiser face aux échecs des patients en considérant ceux-ci comme des non-réussites. Ce changement de vision permet au médecin de ressentir plus de plaisir à pratiquer car l'aspect négatif est occulté. Il existe un paradoxe entre la prise de plaisir du médecin et l'absence de résultat attendu à court terme. Comme évoqué précédemment, le changement de comportement est un processus à long terme.

S. Cottin et F. Debout, deux psychologues, déclarent dans la revue Travailler que la promesse d'éprouver du plaisir au travail est un moteur dans l'engagement au travail et de sa poursuite (41). Ce plaisir est la source de la motivation intrinsèque de la théorie de Deci et Ryan (9). En effet, la motivation autodéterminée se caractérise quand l'individu s'engage de manière volontaire dans une activité pour les seuls intérêts de plaisir et de motivation.

Le plaisir de pratiquer du médecin, ne partage pas toujours les besoins du patient sans pour autant les desservir, ni entacher la relation médecin-patient.

4. La relation médecin-patient

L'Académie Nationale de Médecine (ANM), dans un rapport de 2021, nous rappelle que « la qualité de la relation médecin-malade est essentielle pour l'obtention d'un résultat thérapeutique optimal » (42). La relation entre le médecin et le patient repose sur l'écoute, l'empathie, le respect et vise à établir la confiance, essentielle pour l'adhésion du patient et de l'alliance thérapeutique.

Pendant des siècles, la relation médicale a reposé sur un modèle paternaliste et hiérarchique, où le médecin, détenteur du savoir et du pouvoir sur le corps du patient, se trouvait en position dominante, tandis que le patient était assigné à une position passive et infantilissante. On doit au psychiatre M. Balint la notion de « fonction apostolique » du médecin, qui peut être définie comme un ensemble de valeurs, de comportements et de représentations du médecin qui détermine, inconsciemment, la relation médecin-patient (43). Ce concept est emprunté à la religion et relève du « devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients » (44). Le médecin est intimement convaincu du bien-fondé de son diagnostic et de sa thérapeutique et il n'aura de cesse de convertir le malade à sa foi (45). Cette notion de Balint fait écho au modèle paternaliste qui cherche à convaincre le patient.

Le médecin d'aujourd'hui doit faire face à plusieurs défis : des patients mieux informés et plus critiques, le manque de temps dû aux tâches administratives, le travail en équipe qui peut disperser et appauvrir la relation, ainsi que la primauté croissante des technologies. Ces évolutions techniques et organisationnelles sont irréversibles mais aucune ne peut remplacer l'indispensable échange verbal, non verbal et physique entre le patient et son médecin. Balint a également réintroduit ce concept de « remède-médecin », connu depuis l'Antiquité sous « effet médecin », qui possède des effets thérapeutiques mais aussi des effets secondaires indésirables, à l'image d'un médicament (45). Cet effet thérapeutique est attribué à deux composantes qui dépassent notre savoir, c'est-à-dire le réconfort et le conseil. Cette notion démontre l'importance de la personne du médecin dans la relation. Le médecin n'est pas interchangeable car « le transfert ne se gère pas comme un compte en banque » (46).

L'investissement relationnel et la temporalité nécessaires à l'exercice des médecins généralistes est de nos jours mis à mal par le développement des centres de soins non programmés. Les associations de soins immédiats pratiquent une médecine rapide, stéréotypée et sans affect. On peut penser que la jeune génération se défend contre la dimension affective du soin qui est parfois difficile à maîtriser mais qui est la définition-même du médecin généraliste ou plus exactement du médecin de famille.

L'ANM propose des recommandations pour faire face à ces modifications de relation et conseille notamment aux médecins de privilégier une relation empathique avec le patient, basée sur l'écoute et la prise en compte de ses préoccupations et plaintes, en toutes circonstances et dans un esprit de dialogue tout en préférant les consultations en présentiel (42).

L'entretien motivationnel a toute sa place ici afin de suivre et d'appliquer au mieux cette recommandation.

Géraldine Bloy, sociologue, maître de conférences des universités de Dijon affirme en 2015, que la plupart des médecins généralistes se considèrent comme des spécialistes de la relation médecin-patient et affirment posséder une grande capacité empathique (47). L'exercice quotidien de leur métier renforcerait cette compétence, notamment à travers le suivi des familles. Les patients ne seraient pas simplement soumis mais garderaient un contrôle sur la place du médecin dans leur vie et sur la confiance qu'ils lui accordent. De plus, les généralistes affirmaient que leur approche « centrée sur le patient » les prépare mieux que d'autres médecins à s'adapter aux évolutions constantes de la relation médicale et à la diminution relative de l'autorité médicale qui accompagne en fait l'élargissement de leur rôle à la surveillance des modes de vie.

Le contrôle des facteurs de risques liés au mode de vie fait de plus en plus partie intégrante du rôle du médecin généraliste. A ce titre, il soutient les patients dans leurs changements de comportements tels que le sevrage tabagique ou alcoolique, il lutte contre la sédentarité et il participe à l'amélioration des habitudes alimentaires. Des outils sont donc nécessaires pour aider le médecin généraliste à remplir ce rôle de soutien au changement. L'entretien motivationnel fait partie de ces procédés que les médecins d'aujourd'hui et de demain peuvent ou pourront adopter.

5. La formation initiale

Cette posture de partenariat actuelle est parfois radicalement opposée à celle enseignée aux jeunes professionnels. Les études médicales sont principalement orientées vers l'acquisition des savoirs scientifiques au détriment des aptitudes pratiques et relationnelles. L'expérience du terrain est majoritairement hospitalière. La culture de la toute-puissance et de l'efficacité hospitalière apprend à fournir une réponse rapide et standardisée aux situations qui se

présentent. S'engager dans une relation de collaboration nécessite un nouvel apprentissage. L'Académie Nationale de Médecine dans son rapport, nous indique que « la maîtrise d'une bonne relation médecin-malade est nécessaire à tout clinicien quelle que soit sa spécialité, que son enseignement s'impose dans la formation initiale, son développement et son perfectionnement étant du ressort des troisièmes cycles quand elle est particulièrement nécessaire, comme c'est le cas pour le médecin généraliste. » (42).

La relation médecin-patient concerne le comportement, le savoir-faire et le savoir-être. La formation pratique est donc cruciale. C'est pourquoi le stage ambulatoire auprès du médecin généraliste représente un des éléments essentiels de cette formation.

On a pu voir précédemment que l'entretien motivationnel pouvait jouer un rôle important dans l'établissement de la relation et l'alliance thérapeutique. On pourrait donc espérer que cette méthode de communication, dont les bases sont facilement applicables, soit dispensée plus tôt au cours des études de médecine, notamment pendant le deuxième cycle.

6. La difficulté de valoriser

Les ressources sont peu nombreuses pour expliquer cette difficulté dans le fait de valoriser les patients car c'est souvent l'aspect financier qui est étudié dans le terme de « valoriser ». Les médecins nous ont fait part de la nécessité de les encourager et de les féliciter, car souvent les patients dépendants manquent de confiance et d'estime de soi. Cependant, il existe un risque d'infantilisation des interlocuteurs et même parfois de paraître condescendant, ce qu'il faut à tout prix éviter dans le cadre de l'EM et de la relation thérapeutique.

Dans la revue Cerveau et Psycho de 2022, J. Schwenkenbecher, psychologue et journaliste scientifique allemand nous parle de l'art difficile de féliciter quelqu'un (48) .

En effet, faire l'éloge d'une personne comporte une évaluation de la part de son auteur qui s'attribue la compétence de le juger et souvent sans son consentement. Celui qui félicite se trouve au moins sur un pied d'égalité avec la personne qu'il loue, voire dans une position supérieure.

À la suite d'études, le psychologue nous prodigue des conseils pour améliorer notre manière de complimenter :

- **Les félicitations doivent être sincères et authentiques.** Il est préférable de s'abstenir si on ne le pense pas.
- **Il est important de mettre l'accent sur l'effort fourni,** plutôt que sur le résultat, par exemple : « vous avez déjà réussi à arrêter de fumer pendant trois semaines » même si le patient a repris le tabac depuis.
- **Pour bien complimenter, il est essentiel de ne pas comparer avec autrui.** Dans ce cas, la personne félicitée pourrait être plus préoccupée par le fait d'avoir surpassé les autres que par ce qu'elle a réellement accompli.

Les êtres humains sont sociables et ont un fort besoin d'appartenance, un sentiment qui est renforcé par les compliments. Il est donc tout naturel que la plupart d'entre nous y soient sensibles, par exemple « le joueur félicité à l'entraînement de football se sent accepté dans le club ».

La psychologue D. Renger, considère que « les éloges augmentent l'estime de soi, c'est-à-dire le sentiment d'être compétent, performant ou précieux » (48).

Ce sentiment de compétence, qui est un inconditionnel à la perception de sa propre capacité à pouvoir réaliser une action, est essentiel dans le processus du changement.

Le parallèle, fait entre la valorisation d'un patient et les félicitations d'un enfant, nous permet d'éclairer cette compétence de l'EM qui semble délicate à mettre en place pour certains. Ces conseils pourront faciliter la mise en pratique des encouragements des patients.

7. Evaluer ses compétences

Dans notre étude, nous avons constaté que l'évaluation de ses compétences est une volonté partagée par plusieurs des médecins interrogés. Comme dans tout apprentissage, il est possible d'évaluer sa pratique de l'EM dans le but de s'améliorer. Une recherche dans la littérature nous a permis de découvrir un outil spécifique, le Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI).

Le MITI 4 est la quatrième version du système de codage comportemental qui évalue la qualité de la pratique de l'EM par les professionnels, assure la cohérence avec les principes et techniques de l'EM et fournit une rétroaction aux praticiens pour améliorer leurs compétences (49). Le MITI évalue les processus constitutifs de l'entretien motivationnel, notamment l'engagement dans la relation, la focalisation vers l'objectif, l'évocation et la planification.

Il est composé de scores globaux et de décomptes de comportements, évalués dans le cadre d'un échantillon audio de vingt minutes. Les propriétés psychométriques (la qualité, la précision et la robustesse) du MITI garantissent que l'instrument est capable de mesurer de manière fiable et valide la qualité et l'intégrité de l'entretien motivationnel.

Les scores globaux représentent les quatre dimensions : « cultiver le discours-changement », « modérer le discours-maintien », « le partenariat » et « l'empathie », chacune évaluée de 1 à 5. Les scores globaux visent à refléter l'impression générale du codeur quant à l'aptitude de l'intervenant à atteindre le but mesuré par le score de l'échelle. Pour le décompte des comportements, le codeur doit comptabiliser chaque apparition de différents comportements de l'intervenant sur l'ensemble du passage choisi. Les comportements évalués sont les suivants : donner de l'information, persuader, persuader avec permission, question, reflet simple, reflet complexe, valoriser, chercher la collaboration, renforcer l'autonomie et confronter. Cf annexe

En revanche, le MITI sera moins utile pour les interventions motivationnelles qui traitent de situations et de changements de mode de vie plus globaux, sans viser un objectif de changement spécifique comme : « réduire sa consommation d'alcool » et non pas « être une meilleure personne ».

Cet outil a été créé par les membres fondateurs du MINT (Motivational Interviewing Network of Trainers), William Miller et Theresa Moyers. Le MINT est un réseau international qui soutient la formation, la mise en œuvre et la diffusion de l'entretien motivationnel à travers des formations, des certifications et des ressources éducatives, en réunissant praticiens, experts et chercheurs en EM (50).

En France, il existe un équivalent : le réseau AFDEM créé par des professionnels francophones. C'est une organisation professionnelle dédiée à la promotion, à la formation, et à l'intégration de l'entretien motivationnel (51). Cet organisme propose, comme au MINT, des formations à l'EM et à la supervision.

Une formation supplémentaire est nécessaire à l'utilisation du MITI, pour la supervision individuelle ou en groupe. L'utilisation de cet outil permettrait la standardisation souhaitée par les participants et la validation de leur pratique.

8. Une version modifiée de l'EM

La plupart des médecins généralistes interrogés exerçant en cabinet de médecine générale utilisent une version de l'EM modifiée par rapport à sa définition initiale. Cette mise en pratique est à mi-chemin entre l'entretien motivationnel classique et l'Intervention Motivationnelle Brève (IMB) (52) .

L'EM tel que décrit initialement est d'une durée importante, appliqué par exemple dans les CSAPA de manière exclusive pendant toute la durée de la consultation. Il permet principalement la prise en charge des addictions.

L'intervention motivationnelle brève est un entretien succinct, structuré et unique, réalisé dans une relation de soin présente d'une durée de cinq à vingt minutes.

Par sa courte durée, la variante de l'EM peut être intégrée dans divers contextes tels que les consultations, les soins préventifs, les dépistages, les urgences médicales, la médecine scolaire, la médecine du travail, ou le suivi de pathologies chroniques.

Comme l'EM, l'intervention motivationnelle brève est utilisée pour aborder les consommations de substances psychoactives, la diminution de la sédentarité et l'augmentation de l'activité physique. Contrairement à de simples conseils, l'IMB inclut une évaluation, une discussion et la définition d'objectifs. C'est une version plus condensée de l'entretien motivationnel qui se déroule généralement en une seule session. L'IMB repose sur des principes communs à l'entretien motivationnel, favorisant une relation partenariale et une alliance thérapeutique.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a créé une fiche méthode pour son application (52). Elle propose deux outils pour structurer une IBM, le premier s'intitulant **FRAMES** et le second **les 6A**. Ces deux ressources se complètent en vue de réaliser une intervention dans le respect des bonnes pratiques.

L'abréviation **FRAMES** représente une liste d'attitudes que le praticien doit adopter :

Feed-back : restituer les résultats de l'évaluation

Responsability : responsabiliser (le choix du changement appartient toujours au patient)

Advice : prodiguer des conseils

Menu : évoquer avec le patient les modifications possibles de comportement

Empathy : faire preuve d'empathie

Self efficacy : laisser le patient être acteur de son changement

L'acronyme **des 6A** structure l'intervention motivationnelle brève en plusieurs étapes :

Agenda : obtenir l'accord du patient

Assess : évaluer l'état de santé, les connaissances et l'ambivalence du patient

Advise : conseiller et informer

Agree : définir un objectif et les méthodes pratiques pour l'atteindre

Assist : préciser les ressources internes et externes, anticiper les freins

Arrange : organiser le suivi si nécessaire, définir les indicateurs de résultat

La version de l'EM utilisée dans les cabinets de médecine générale est donc une variante personnalisée qui reprend les principes de l'EM traditionnel sur une durée courte mais de façon répétée à la différence de l'IMB, qui se réalise en une seule session. Les généralistes se sont appropriés l'entretien motivationnel pour l'adapter à l'exercice libéral et leurs contraintes.

9. Forces de l'étude

Le but de cette étude était de mettre en évidence les ressentis des médecins généralistes quant à l'application de l'entretien motivationnel en consultation. Cette étude a été élaborée afin de mieux comprendre le point de vue sur sa pratique en médecine générale et ses applications en ambulatoire. Les objectifs secondaires de cette étude étaient d'analyser les freins à son utilisation plus large et d'explorer comment les médecins interrogés parviennent à équilibrer leurs intérêts et ceux des patients.

Lors de la revue bibliographique, plusieurs études antérieures s'intéressaient à l'apport de l'entretien motivationnel dans une pathologie ou population données (allaitement, diabète de type 2, internes uniquement, ...).

En 2020, une seule étude similaire a été réalisée dans le Doubs concernant la place de l'entretien motivationnel en consultation de médecine générale. Mais aucune d'entre elles n'a été réalisée dans la région Alsace. Ce travail est donc singulier dans la région.

Pour évaluer le ressenti des participants, la méthode qualitative par entretiens approfondis individuels est le type d'étude le plus adapté.

Concernant l'échantillon, il a été le plus hétérogène possible pour l'ancienneté et le type d'exercice.

L'effectif de médecins généralistes interrogés s'élevant à seize, a pu permettre l'obtention de la saturation des données, ce qui renforce la validité interne de notre étude.

Ce travail, par sa nature qualitative, rend impossible l'établissement de liens de causalité. Toutefois la discussion a pour but d'élaborer des hypothèses expliquant les données recueillies et de les confronter aux données de la littérature et de l'actualité.

La date, l'heure et le lieu des entretiens ont été fixés par les participants afin que ces derniers bénéficient des conditions appropriées à la libre expression et la mise en confiance du médecin interrogé.

L'investigatrice s'est formée à l'entretien motivationnel avant la réalisation des entretiens ce qui a permis une meilleure compréhension du sujet.

Le codage a été confronté aux résultats de l'analyse phénoménologique des entretiens par l'IA.

Une forte adéquation entre les différentes propositions a été retrouvée ce qui renforce le caractère rigoureux et la scientificité de ce travail.

10. Limites de l'étude

Il existe des biais inhérents à la réalisation d'une étude qualitative.

10.1. Biais de recrutement

Concernant la population étudiée, le recrutement des participants a été réalisé dans un premier temps, par connaissance directe de l'investigatrice principale, puis dans un second temps, sur recommandation des médecins interrogés. Le but de ce type de recrutement était double : favoriser un maximum la participation et varier les profils des répondants.

Le recrutement a été réalisé par mail de diffusion, les personnes ayant répondu favorablement à notre sollicitation ont de ce fait un attrait pour le thème de notre travail. Par ailleurs, une partie des répondants connaissaient ainsi l'investigatrice principale et ont donc pu participer par amitié plutôt que par intérêt du sujet de cette étude.

La diversité de l'échantillon était pertinente concernant l'âge, l'expérience professionnelle et leur type de formation. Toutefois, les participants étaient majoritairement des femmes. Nous n'avons interrogé que deux hommes sur les seize participants, ce qui constitue également un biais. En effet, on peut penser que la relation médecin-patient est différente entre un médecin homme ou un médecin femme.

10.2. Biais d'investigation

L'investigatrice étant novice dans le domaine de la recherche qualitative, cela a pu entraîner certaines fragilités dans l'élaboration du questionnaire et des interventions parfois inductives.

Le lien de connaissance de certains médecins interrogés a pu modifier l'état d'esprit des participants et influencer leurs réponses ultérieures.

10.3. Biais d'interprétation

S'agissant d'une étude qualitative, l'interprétation des verbatim est subjective, entraînant un biais d'interprétation inévitable. Il arrive que des médecins ne finissent pas leurs phrases rendant l'interprétation difficile. Cependant, les entretiens ont été analysés par l'intelligence artificielle qui s'affranchit des émotions pour permettre une double lecture afin de limiter ce biais. Les outils d'IA générative sont de nature stochastique c'est-à-dire de tendance à produire des résultats différents à partir d'une même entrée, ce qui entraîne un codage non reproductible. C'est pourquoi l'investigatrice a initialement réalisé le regroupement en thème et sous-thème et a ensuite intégré les résultats des analyses des IA pour comparaison et recoupement.

Au cours de notre étude, nous avons pu mettre en avant que les praticiens de l'entretien motivationnel partagent tous le même esprit, autour des valeurs indispensables à l'établissement d'une relation médecin-patient de qualité malgré ses évolutions. Les médecins généralistes restent la pierre angulaire de la prise en soin des patients, y compris dans les modifications de mode de vie qui sera le défi de ces prochaines décennies. L'entretien motivationnel ainsi que les autres techniques de communication ont toutes leurs places dans la formation initiale dès le deuxième cycle des études des médecins généralistes et spécialistes d'organes. L'intervention motivationnelle brève est probablement la réponse la plus adaptée au manque de temps de consultations décrié par les praticiens dans un contexte de baisse de la démographie médicale et d'augmentation de la demande de soins médicaux.

La valorisation est une compétence à manier avec subtilité, en rappelant qu'il est préférable d'encourager pour l'effort plutôt que de féliciter le résultat afin de rester authentique.

La supervision et l'usage du MITI permettra aux praticiens de s'évaluer et d'améliorer leur technique dans le respect de l'entretien motivationnel tel que l'ont développé W. Miller et S. Rollnick (19).

Conclusion

Ces dernières décennies, changer les comportements de santé est devenu un enjeu majeur de santé publique face à la recrudescence des maladies chroniques et des cancers liés au mode de vie. Il n'est pas aisé de renforcer la motivation d'un patient dans la modification de ses habitudes. Les médecins généralistes peuvent utiliser l'Entretien Motivationnel dans le but d'accompagner leurs patients dans cette démarche. Cet outil de communication repose sur l'utilisation de questions ouvertes, de valorisation, de reflets et de résumés.

Nous nous sommes ainsi intéressés à la pratique de l'Entretien Motivationnel en médecine générale, qui est le point de départ de la prise en charge des patients. Pour cela, nous avons interrogé des médecins généralistes internes, remplaçants ou installés concernant leur ressenti lors de son utilisation. Nous avons exploré leurs difficultés éprouvées au quotidien et les effets bénéfiques perçus pour le médecin lui-même, le patient et leur relation médecin-patient.

Par la suite, nous nous sommes souciés de la mise en application de l'entretien motivationnel au cours des consultations, adaptée aux conditions d'exercice ambulatoire des participants. Pour ce travail, nous avons réalisé une étude qualitative descriptive au moyen d'entretiens individuels approfondis réalisés en Alsace, par une approche interprétative phénoménologique.

Notre analyse a montré qu'en dehors des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, l'EM est utilisé dans de nombreux domaines tels que la prévention, la vaccination, l'addiction, les maladies chroniques, les troubles psychiatriques et l'hygiène de vie. Les généralistes ont recours à cette approche dans le but de renforcer la motivation de leurs patients, d'établir une relation de confiance avec eux, de les recentrer dans leur prise en charge et de devenir un médecin plus complet.

Son application est majoritairement distillée au cours des consultations et répétée dans le temps grâce au suivi régulier, permis dans l'exercice de la médecine générale. L'usage de l'EM est même considéré comme un outil de base du médecin. Occasionnellement, et pour certains participants, l'EM s'emploie dans des entretiens longs et exclusifs mais sans dépassement d'honoraires.

Outre l'efficacité reconnue de manière unanime par les praticiens et sa facilité d'application, les impacts positifs retrouvés dans nos entretiens sont nombreux. L'EM, par le respect de l'autonomie du patient, permet une mise à distance et ainsi une protection des médecins face aux échecs des patients qui ne sont plus considérés comme tels. Les médecins se sentent valorisés dans leur art.

Du côté du patient, la technique motivationnelle lui offre un traitement personnalisé et ciblé vers son objectif. Une plus grande écoute, sans jugement de la part du professionnel, permet au patient d'être à l'origine de son changement et par conséquent, augmente sa confiance en lui.

La relation médecin-patient s'y voit renforcée et est de meilleure qualité dans une vision plus moderne de partenariat qui signe la fin du paternalisme et de la fonction « apostolique » du praticien. Le médecin d'aujourd'hui est un accompagnateur du patient, moteur de son changement.

Certains freins ont été mis en évidence par plusieurs des médecins interrogés. L'aspect énergivore de la technique, lorsque peu maîtrisée, peut allonger le temps de consultation et ainsi représenter un manque à gagner pour quelques médecins. Les patients non enclins à changer constituent une limite à cette technique.

En général, les outils de l'EM sont appliqués, mais la valorisation du patient reste délicate à mettre en œuvre. Afin de perfectionner cette pratique, il a été vu que des encouragements

sincères sur l'effort fourni sont préférables aux félicitations du résultat et aux comparaisons avec autrui.

La découverte de l'EM intervient principalement à partir du troisième cycle des études de médecine, souvent par un apprentissage autodidacte ou par formation entre confrères. L'approche différente de la communication en consultation apportée par l'EM a suscité chez certains participants, le souhait de diffuser les outils de cette technique. Il a été suggéré d'en faire un apprentissage obligatoire durant la formation initiale, avec une généralisation à toutes les spécialités.

Le besoin de légitimation de la pratique de chacun a été ressenti dans les entretiens. Le Motivational Interviewing Treatment Integrity 4 est un outil d'évaluation des compétences en EM, utilisé lors d'une supervision d'un entretien qui pourrait offrir une amélioration et une uniformisation des pratiques.

Le contexte actuel de diminution du temps médical est en contradiction avec le besoin d'écoute du patient et de la temporalité nécessaire dans l'utilisation de l'EM. La posture de réduction des risques permet au médecin de se focaliser davantage sur l'accompagnement que sur sa finalité. Cette vision offre une position plus confortable au praticien qui ressent un mieux-être au travail. Ce bien-être influe de manière positive sur la relation médecin-patient, qui a elle-même, un effet thérapeutique sur le patient selon Balint et son concept de « remède-médecin ».

La demande de soin grandissante nous oblige à trouver des alternatives adaptées au facteur temps. La contrainte temporelle a nécessité une adaptation par les généralistes de l'EM traditionnel, en une version modifiée plus courte tout en conservant ses principes de base. Cette version adaptée se rapproche de l'Intervention Motivationnelle Brève, variante courte de l'EM qui permet également d'aborder les changements de comportement grâce à l'évaluation, les conseils et la définition d'objectifs avec le médecin.

Cette adaptation de l'EM, par les médecins permet de concilier les intérêts des médecins et des patients.

Qu'il s'agisse d'une forme brève ou plus longue d'entretien motivationnel, ces techniques sollicitent les ressources nécessaires du patient, tout en respectant l'esprit de l'EM, fondé sur le partenariat, le non-jugement, l'évocation et l'altruisme.

Suite à notre étude, il serait intéressant d'explorer le ressenti des patients bénéficiant d'un accompagnement de leur médecin traitant par l'Entretien Motivationnel.

VU

Strasbourg, le.....

30/10/2024

Le président du jury de thèse

Professeur.....

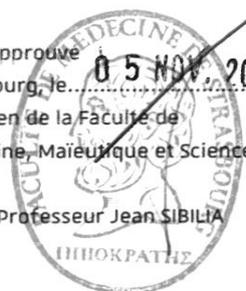
L. ALAONTI Laurena

VU et approuvé
Strasbourg, le.....

05 NOV 2024

Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



Annexes

1. Traduction française des normes Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)

Tableau I. Traduction française originale des normes SRQR pour rendre compte des recherches qualitatives réalisées.		
N°	Objet	Item
Titre et résumé		
S1	Titre	Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Il est recommandé d'identifier l'étude comme qualitative ou d'indiquer le type d'approche (ex : ethnographique, théorisation ancrée / <i>grounded theory</i>) ou les méthodes de recueil des données (ex : entretien de recherche, <i>focus group</i>).
S2	Résumé	Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format requis par la revue ciblée ; cela inclut typiquement : le contexte, l'objet, les méthodes, les résultats et conclusions.
Introduction		
S3	Formulation du problème	- Description et importance du problème /phénomène étudié. - Passage en revue d'une théorie appropriée et de travaux empiriques afférents. - Énonciation du problème.
S4	Objectif ou question de recherche	Objectif de l'étude et objectifs spécifiques ou questions.
Méthodes		
S5	Approche qualitative et paradigme de recherche	- Type d'approche qualitative (ex. ethnographique, théorisation ancrée / <i>grounded theory</i> , étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et éventuellement champ théorique. - Identifier le paradigme de recherche (ex. post-positiviste, constructiviste / interprétatif) est également recommandé. - Justifications ⁶ .
S6	Caractéristiques et réflexivité des chercheurs	- Caractéristiques des chercheurs ayant pu influencer la recherche, y compris les caractéristiques personnelles, les qualifications /expériences, la relation avec les participants, les postulats de départ et/ou présupposés. - Exploration de l'interaction potentielle ou réelle entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, l'approche, les méthodes, les résultats et/ou la transférabilité (i.e., <i>l'applicabilité des résultats à d'autres contextes empiriques</i>).
S7	Contexte	- Cadre /terrain de l'étude et facteurs contextuels marquants. - Justifications ⁶ .
S8	Stratégie d'échantillonnage	- Comment et pourquoi les participants, les documents ou les événements étudiés ont été sélectionnés. - Critères de décision utilisés pour la taille de l'échantillon (ex. saturation de l'échantillon). - Justifications ⁶ .
S9	Questions éthiques relatives aux êtres humains	- Informations relatives à l'autorisation par un comité d'éthique approprié et à l'obtention de consentement des participants, ou justification de l'absence de tels éléments. - Autres renseignements relatifs aux questions de confidentialité et de sécurité des données.
S10	Méthodes de recueil de données	- Types de données recueillies. - Détails des procédures de collecte de données, incluant le cas échéant : les dates de début et d'arrêt de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif (i.e., <i>l'adaptation des outils de recueil lors du processus de va-et-vient entre le terrain et les outils de recueil</i>), la triangulation des sources / méthodes, et la modification des procédures en réponse à l'évolution des résultats de l'étude. - Justifications ⁶ .
S11	Instruments et outils de recueil des données	- Description des instruments de recueil (ex. guides d'entretien, questionnaires à questions ouvertes) et des outils utilisés (ex. enregistreurs audio) pour la collecte des données. - Préciser si et comment les outils ont changé au cours de l'étude.
S12	Unités d'étude	- Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude. - Niveau de participation (cela pourrait être rapporté dans les résultats)
S13	Traitement des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation /dé-identification des extraits cités.
S14	Analyse des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation /dé-identification des extraits cités.
S15	Techniques pour améliorer la fiabilité	- Procédure par laquelle les inférences, les thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y compris l'implication des chercheurs dans l'analyse des données. - Généralement, besoin de se référer à un paradigme ou à une approche spécifique. - Justifications ⁶ .
Résultats		
S16	Synthèse et interprétation	- Principaux résultats (ex. interprétations, inférences et thèmes). - Peut inclure le développement d'une théorie ou d'un modèle, ou la mise en perspective avec des recherches ou des théories antérieures.
S17	Liens avec des données empiriques	Éléments appuyant les résultats (ex. citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies).
Discussion		
S18	Mise en perspective avec des travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s) au domaine d'étude	- Bref résumé des principaux résultats - Explication de la manière avec laquelle les résultats et les conclusions sont en lien, soutiennent, élaborent ou récusent les conclusions de travaux de recherche antérieurs. - Discussion de la portée de la recherche quant à l'application /généralisabilité des résultats. - Montrer en quoi la recherche contribue de façon singulière au corps de connaissances dans une discipline ou un domaine
S19	Limites	Fiabilité et limites des résultats
Autres		
S20	Conflits d'intérêts	- Sources potentielles d'influence ou influence perçue lors de la réalisation de l'étude et des conclusions. - Comment celles-ci ont été gérées.
S21	Financement	- Sources de financement et autres soutiens. - Rôle du financeur dans le recueil des données, l'interprétation et la rédaction des résultats.

2. Accord Comité Éthique



M. GUILLOU Philippe
163, route d'Oberhausbergen
67200 STRASBOURG

Eric FLAVIER
Président du comité d'éthique
pour la recherche

Strasbourg, le 15/04/2024
Objet : Décision du comité d'éthique pour la recherche (CER)
Référence dossier : 2024-16

Monsieur GUILLOU, Cher collègue,

Affaire suivie par :
David HAESSIG
Chargé d'appui au Comité
d'éthique pour la recherche
Direction de la recherche et de la
valorisation
david.haessig@unistra.fr
+33 (0)3 68 85 10 18

Vous avez déposé le projet intitulé « *Que pensent les médecins généralistes de l'Entretien Motivationnel ?* » pour évaluation par le comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg.

Le Comité d'éthique pour la recherche Unistra déclare par la présente :

que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est POSITIF.

Votre projet est désormais enregistré par le comité d'éthique pour la recherche sous un numéro d'accréditation unique que vous pourrez communiquer à toute entité vous le demandant :

Unistra/CER/2024-16

Si une entité vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CER, veuillez vous entendre avec cette entité afin que notre CER reçoive une copie dudit document modifié indiquant clairement les modifications apportées. Si notre CER juge que ces modifications administratives affectent l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour l'entité en cause.

Les membres du comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg vous souhaitent un travail de recherche fructueux.

Le président du comité d'éthique pour la recherche,

Eric FLAVIER



Université de Strasbourg
4 rue Blaise Pascal
CS 90032
F-67081 STRASBOURG cedex
Tél. : +33 (0)3 68 85 00 00
www.unistra.fr

3. Inscription Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés



Référence CNIL :

2233880 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel santé RS-001
reçue le 3 avril 2024

Madame Caroline DIEBOLT

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Madame DIEBOLT Caroline

Service :

Adresse :

CP :

Ville :

N° SIREN/SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0669033239

Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 4 avril 2024

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenay, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - 01 53 73 22 22 - www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

4. Exemple de guide d'entretien

Thèmes	Questions principales	Questions complémentaires	Relances
L'EM	Qu'est ce que l'entretien motivationnel pour vous ?	D'où connaissez-vous ? <u>Premiers contact</u> avec l'EM ? Quels sont vos savoirs théoriques ? Formations ? Parcours ? Un souvenir de consultation EM ?	Et Puis ? Mais encore ? Pouvez-vous développer ? Que voulez-vous dire ? Pourquoi employez vous le terme de ... ? Qu'est ce qui vous fait penser que c'est énergivore/psychologique ? Quel genre d'énergie ? Valorisation, avis ?
L'EM pourquoi ?	Mise en application ?	Déroulement d'une consultation EM Dans quels domaines ? Les intentions de la formation ? Les buts de l'utilisation ? Dans <u>quel champs</u> de la médecine vous placez l'EM ? (<u>psycho</u> ?)	Et Puis ? Mais encore ? Pouvez-vous développer ? Que voulez-vous dire ? Vous commencez par quoi ? Que faites vous si ... ?
L'EM jugement	Votre évaluation de l'EM ? Les effets perçus ?	Apports bénéfiques ? Difficultés ? Contraintes ? Niveau financier ? Relation avec le patient ?	Et Puis ? Mais encore ? Pouvez-vous développer ? Que voulez-vous dire ? Que pensez vous de l'intérêt que vous portez à l'EM ? En quoi serait-il modifié par la pratique de l'EM ? Ressentis lors de la pratique

5. Entrée type utilisée pour l'intelligence artificielle

« Bonjour, je souhaite que tu analyses l'entretien suivant pour une recherche qualitative au sujet de la pratique de l'entretien motivationnel en médecine générale. Quels sont les thèmes et les sous-thèmes présents dans cet entretien selon une approche par analyse interprétative phénoménologique ? »

6. Le Motivational Interviewing Treatment

Integrity 4 (MITI 4)

Cultiver le discours-changement (CDC)

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

Cette échelle mesure à quel point le clinicien encourage activement l'émergence du langage du patient en faveur du changement cible, ainsi que la confiance du patient en sa capacité à changer.

Modérer le discours-maintien (MDM)

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

Cette échelle mesure à quel point le clinicien évite de se centrer sur les raisons de ne pas changer ou de maintenir le statu quo.

Partenariat (PAR)

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

Cette échelle est censée mesurer à quel point le clinicien transmet qu'il considère que le patient est prioritairement celui qui détient l'expertise et la sagesse liées au changement.

Empathie (EMP)

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

Cette échelle mesure à quel point le clinicien comprend ou fait l'effort de saisir le point de vue et le vécu du patient (c'est à dire, à quel point il réussit à se mettre à la place du patient pour s'approprier ses pensées et ses sentiments). L'empathie ne doit pas être confondue avec la chaleur humaine, l'acceptation, le soutien, l'authenticité ou la défense du patient ; ces attitudes ne doivent pas être codées comme de l'empathie. L'écoute réflexive est une partie importante de l'empathie, mais le score global tente de saisir *tous les efforts* fournis par le clinicien pour comprendre le point de vue du patient et pour lui transmettre ce qu'il a compris.

MITI 4.1 : FEUILLE DE CODAGE

Enregistrement n° : _____

Codeur : _____

Date: _____

Changement cible : _____

Première phrase : _____

Dernière phrase : _____

Scores globaux

Composants Techniques					
Cultiver le Discours-Changement (CDC)	1	2	3	4	5
Modérer le Discours-Maintien (MDM)	1	2	3	4	5
Composants Relationnels					
Partenariat (PAR)	1	2	3	4	5
Empathie (EMP)	1	2	3	4	5

Décomptes de comportements

Codes	Décompte	Total
Donner de l'information (INF)		
Persuader (PE)		
Persuader avec Permission (PEP)		
Question (QU)		
Reflét simple (RS)		
Reflét Complexe (RC)		
Valoriser (VA)		
Chercher la Collaboration (CC)		
Accentuer l'Autonomie (AA)		
Confronter (CO)		

Bibliographie

1. Légifrance. Arrêté du 27 février 2007 fixant les conditions relatives aux informations à caractère sanitaire devant accompagner les messages publicitaires ou promotionnels en faveur de certains aliments et boissons - Légifrance [Internet]. JORF N° 50 févr 28, 2007. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000426255>
2. OMS. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. [cité 2 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/accountability/governance/constitution>
3. NACRe. Réseau NACRe - Réseau Nutrition Activité physique Cancer Recherche - Rapport sur « Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine » [Internet]. 2018 [cité 7 févr 2024]. Disponible sur: <https://www6.inrae.fr/nacre/Actualites/Rapport-CIRC-2018-cancers-attribuables-mode-de-vie-et-environnement>
4. Cara G. INSERM - Obésité et surpoids : près d'un Français sur deux concerné. État des lieux, prévention et solutions thérapeutiques. Salle de presse de l'Inserm [Internet]. 20 févr 2023 [cité 7 févr 2024]; Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/obesite-et-surpoids-pres-dun-francais-sur-deux-concerne-etat-des-lieux-prevention-et-solutions-therapeutiques/66542/>
5. Santé Publique France. Santé Publique France - Prévalence et incidence du diabète [Internet]. 2021 [cité 7 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/prevalence-et-incidence-du-diabete#:~:text=Un%20pic%20de%20pr%C3%A9valence%20est,%C3%A9lev%C3%A9e%20que%20la%20moyenne%20nationale.>
6. SANTE PUBLIQUE FRANCE. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006 [Internet]. 2018 [cité 7 févr 2024] p. 170-9. Report No.: 10. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/hypertension-arterielle/l-hypertension-arterielle-en-france-prevalence-traitement-et-controle-en-2015-et-evolutions-depuis-2006>
7. pnns4-reseau-national-nutrition-sante.pdf [Internet]. [cité 7 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.reseau-national-nutrition-sante.fr/UserFiles/File/s-informer/textes-de-reference/pnns4-reseau-national-nutrition-sante.pdf>
8. Fenouillet F. Les théories de la motivation. Dunod. Paris; 317 p.
9. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* janv 2000;55(1):68-78.
10. Meyer T, Verhiac JF. Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé? *Savoirs.* 2004;Hors série(5):117-34.

11. Rondier M. A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. *Orientat Sc Prof.* 15 sept 2004;(33/3):475-6.
12. Maslow A. Devenir le meilleur de soi-même: Besoins fondamentaux, motivation et personnalité. [Internet]. Editions Eyrolles; 2020 [cité 19 mars 2024]. 384 p. Disponible sur: https://books.google.fr/books?id=jS73DwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
13. Dupont JP, Carlier G, Delens C, Gérard P. La motivation auto-déterminée des élèves en éducation physique : état de la question. *STAPS* 88. 2010;31(Printemps 2010):7-23.
14. Ehrenberg A. L'autonomie au cœur du malaise de la société française. *Prat En Santé Ment.* 2016;62e année(3):4-10.
15. Sheeran P. Intention–Behavior Relations: A Conceptual and Empirical Review. In: *European Review of Social Psychology* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2001 [cité 11 févr 2024]. p. 1-36. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/0470013478.ch1>
16. Schwarzer R. The Health Action Process Approach (HAPA) [Internet]. 2014 [cité 11 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.hapa-model.de/>
17. Schwarzer R, Lippke S, Luszczynska A. Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabil Psychol.* août 2011;56(3):161-70.
18. HAS. FICHE - RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES - Entretien motivationnel [Internet]. 2024 [cité 20 sept 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3501842/fr/entretien-motivationnel
19. S. Rollnick, W.R. Miller, C.C. Butler. *Pratique de l'entretien motivationnel.* Interéditions. Vol. communiquer avec le patient en consultation. Paris; 2018. 247 p.
20. Fond G. *MEDECINE - Concepts et Outils - Entretien motivationnel : quelques concepts simples pour la pratique.* mars 2014;10(3):3.
21. Appiah-Brempong E, Okyere P, Owusu-Addo E, Cross R. Motivational Interviewing Interventions and Alcohol Abuse among College Students: A Systematic Review. *Am J Health Promot* [Internet]. 1 sept 2014 [cité 11 sept 2024];29. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.4278/ajhp.130502-LIT-222>
22. Smedslund G, Berg RC. MI can reduce the extent of substance abuse compared to no intervention. The evidence is mostly of low quality, so further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate. *Cochrane Database.* mai 2011;
23. Schwenker R, Dietrich CE, Hirpa S, Nothacker M, Smedslund G, Frese T, et al. L'entretien motivationnel pour la réduction de la consommation de substances psychoactives. *Cochrane Libr* [Internet]. 12 déc 2023 [cité 11 sept 2024]; Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008063.pub3/full/fr>

24. Laurent É. L'efficacité de l'entretien motivationnel sur la baisse de l'hésitation vaccinale : revue systématique de la littérature [Internet]. LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES DE MARSEILLE; 2023 [cité 26 juin 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04241030>
25. Bellanger T, Truffet C. L'entretien motivationnel dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent, une revue narrative de la littérature [Internet]. LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES DE MARSEILLE; 2022 [cité 26 juin 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03614893>
26. Clerc H. Sevrage tabagique et entretien motivationnel : analyse qualitative en médecine générale [Internet]. LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES DE MARSEILLE; 2023 [cité 26 juin 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04050261>
27. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Voléry I. Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé. In: Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016 [cité 1 avr 2024]. p. 167-85. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-p-167.htm>
28. Antoine P. Chapitre 2. L'analyse interprétative phénoménologique. In: Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé [Internet]. Paris: Dunod; 2017 [cité 11 avr 2024]. p. 33-59. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives-en-psychologie--9782100742301-p-33.htm>
29. Thébaud V, Dargentas M. Traduction française des normes SRQR pour rendre compte des recherches qualitatives. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2023;23(253):18-22.
30. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1) [Internet]. 2012-300 mars 5, 2012. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025441587/>
31. Commission Européenne. Living guidelines on the responsible use of generative AI in research | Research and innovation [Internet]. 2024 [cité 20 sept 2024]. Disponible sur: https://research-and-innovation.ec.europa.eu/document/2b6cf7e5-36ac-41cb-aab5-0d32050143dc_en
32. AFDEM. AFDEM. 2015 [cité 20 sept 2024]. L'esprit de l'entretien motivationnel. Disponible sur: <https://afdem.org>
33. Bahougne T, Benzerouk F, Le Faou AL. Sevrage tabagique chez le patient diabétique : état des connaissances sur les méthodes non pharmacologiques et pharmacologiques. *Médecine Mal Métaboliques.* 1 mars 2023;17(2):132-40.
34. Edmond K. Évaluation de l'efficacité des entretiens motivationnels dans les cabinets de médecine générale: revue de littérature systématique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2021.
35. Ministère de la santé et de l'accès aux. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 26 sept 2024]. La réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-chez-les-usagers-de-drogues>

36. Fédération addiction. Réduire les risques - éthique, posture et pratiques [Internet]. 2022 [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/thematiques/reduction-des-risques/>
37. Senik C. Avant-propos. Le bien-être des travailleurs est-il source de productivité accrue ? In: Bien-être au travail : ce qui compte [Internet]. SciencesPo les presses. 2020 [cité 26 sept 2024]. p. 11-7. (Sécuriser l'emploi). Disponible sur: <https://shs.cairn.info/bien-etre-au-travail--9782724625554-page-11?lang=fr&tab=texte-integral>
38. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychol Bull.* nov 2005;131(6):803-55.
39. Rastègue M. Les déterminants du bien être au travail des médecins généralistes [Internet]. LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES DE MARSEILLE; 2022 [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03903189>
40. Berrebi. MG expatrié en Suisse. Les Généralistes CSMF [Internet]. 29 oct 2012 [cité 27 sept 2024]; Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2012/10/29/mg-expatrie-en-suisse-je-gagne-15-000-euros-par-mois-apres-impot/>
41. Cottin S, Debout F. Introduction. «Le plaisir au travail». *Travailler.* 28 nov 2022;48(2):7-10.
42. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié J. RELATION MÉDECIN MALADE Physician-Patient Relationship. Paris: Académie Nationale de Médecine; 2021 juin p. 17.
43. Balint M. *Le Médecin, son malade et la maladie.* Payot. Paris; 1996. 430 p.
44. Klein A. La figure du bon médecin. *Rech Form.* 19 nov 2014;(76):61-78.
45. Société Française de Médecine Générale, Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale [Internet]. 2015 [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: https://www.sfmng.org/actualites/publications/manuel_theorique_de_medecine_generale.html
46. Meslem M. Psychanalyse et médecine, ou la « méthode Balint ». *Coq-Héron.* 2018;235(4):141-7.
47. Bloy G. Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale. *Sci Soc Santé.* déc 2015;33(4):41-66.
48. Schwenkenbecher J. La force des félicitations: *Cerveau Psycho.* 1 nov 2022;N° 148(10):68-75.
49. Moyers TB, Manuel JK, Ernst D. *Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4.2.* Unpublished manual. 2014.
50. Miller B, Rollnick S. MINT: Motivational Interviewing Network of Trainers [Internet]. 2021 [cité 20 sept 2024]. Disponible sur: https://motivationalinterviewing.org/about_mint

51. Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel. L'entretien motivationnel : qu'est-ce que c'est ? [Internet]. AFDEM. 2014 [cité 11 févr 2024]. Disponible sur: <https://afdem.org/entretienmotivationnel/qu-est-ce-que-c-est/>
52. Haute Autorité de Santé. Intervention motivationnelle brève - Fiche - Recommander les bonnes pratiques [Internet]. HAS; 2024 [cité 12 sept 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3501843/fr/intervention-motivationnelle-breve

Déclaration sur l'honneur

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

maïeutique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : DIEBOLT Prénom : Caroline

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À Strasbourg , le 08/10/2024

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ

Introduction : La recrudescence des maladies chroniques et des cancers sont liés aux comportements de santé. L'Entretien Motivationnel est une technique de communication basée sur l'utilisation de questions ouvertes, de valorisation, de reflèts et de résumés, qui peut être utilisée par les médecins généralistes pour renforcer la motivation des patients à changer leurs habitudes. L'objectif de cette étude est d'étudier les ressentis des médecins généralistes lors de l'utilisation de l'EM, les bénéfices et les difficultés perçus pour le médecin, le patient et la relation médecin-patient. Nous nous sommes également intéressés aux modalités de mise en application de l'EM au cours des consultations de médecine générale.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative avec une approche par analyse interprétative phénoménologique a été conduite à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes internes, remplaçants ou installés.

Résultats : Seize entretiens individuels, réalisés entre les mois d'avril et de juillet 2024, ont été analysés. Notre étude a montré que l'entretien motivationnel est utilisé dans de nombreux domaines comme la prévention, la vaccination, l'addiction, l'hygiène de vie, les maladies chroniques et les troubles psychiatriques. Son application est majoritairement distillée au cours des consultations et répétée. L'EM est reconnu à l'unanimité comme efficace et facile d'application. Le patient est recentré dans sa prise en charge, il est moteur de son changement. Il bénéficie d'un traitement personnalisé et ciblé vers son objectif. L'EM agit également sur le comportement du médecin qui se met à distance et se protège des non-réussites de ses patients. Le médecin plus à l'écoute et non-jugeant prend la place d'un guide et non d'un décideur. La relation de confiance établie entre le médecin et son patient est de meilleure qualité et renforcée. Certains médecins déplorent l'aspect énergivore et le besoin de temps supplémentaire par rapport à une consultation de médecine générale plus traditionnelle. Les participants ont émis le souhait de généraliser l'apprentissage de cet outil à toutes les spécialités et le besoin d'uniformisation des pratiques par l'évaluation de ses compétences.

Conclusion : L'Entretien Motivationnel est une technique efficace et simple d'application en médecine générale. Cet outil présente des bénéfices pour les médecins, les patients et leur relation médecin-patient. Il serait intéressant d'étudier le ressenti des patients concernant l'application de l'entretien motivationnel en consultation de médecine générale.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Médecine générale

MOTS-CLÉS : entretien motivationnel, relation médecin-patient, médecine générale

PRÉSIDENTE : Professeure Laurence LALANNE

ASSESEURS : Professeur Jean-Christophe WEBER, Docteur Luc GILLES

DIRECTEUR : Docteur Philippe GUILLOU, Professeur associé en Médecine Générale

ADRESSE DE L'AUTEURE : 13, rue de la Briqueterie 67460 SOUFFELWEYERSHEIM