

MESURER L'EFFET D'UNE FORMATION A L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL CHEZ DES SOIGNANTS DANS UN RÉSEAU DIABETE

Catherine Tourette-Turgis*, Marie-Denyse Boivin**

* Université Pierre et Marie Curie
Faculté de sciences médecine
4, Place Jussieu
75005 Paris
catherine.tourette-turgis@upmc.fr

**Université Laval
Département des Fondements et pratiques en éducation
Faculté des Sciences de l'Éducation, local 682
Québec Qc G1K 7P4
marie-denyse.boivin@fse.ulaval.ca

Mots-clés : Outil de mesure, EM, Formation, Soignant, Maladie Chronique

Résumé. Cet article présente les résultats préliminaires d'une recherche visant à évaluer les effets d'une formation à l'entretien motivationnel sur des professionnels de santé ayant en charge des patients diabétiques dans deux réseaux de la région Nord Pas de Calais. Il a été demandé pour les besoins de cette recherche aux 27 personnes désirant se former à l'entretien motivationnel d'auto-enregistrer un entretien avec un patient avant et après la formation. Tous les entretiens ont été transcrits et les chercheurs ont utilisé le seul outil de mesure validé pour analyser à la lumière des scores obtenus la progression et les modifications intervenues dans la pratique des professionnels (attitudes et usage de techniques d'entretien). La formation semble avoir favorisé une amélioration des compétences des soignants à la fois dans l'adoption d'attitudes comme le soutien de l'autonomie du patient, en permettant aux patients une meilleure évocation de leurs problèmes et en favorisant une meilleure collaboration de ces derniers dans le processus de changement.

1. Introduction

Dans cette présentation se jouent tout autant le volet empirique d'une recherche portant sur l'effet d'une formation à l'Entretien Motivationnel (EM) sur des soignants, les questionnements paradigmatiques du soin et de la santé s'y rattachant que les savoirs et expériences de terrain des auteurs.

Depuis de nombreuses années, impliquée au titre de chercheuse mais aussi de clinicienne dans l'accompagnement et l'éducation des personnes vivant avec des maladies graves à pronostic incertain (VIH, cancer, insuffisance rénale terminale, transplantation, maladies cardiovasculaires) la première auteure tente de comprendre ce qui se joue dans certains événements de vie qui bouleversent le parcours de personnes en bonne santé qui se trouvant exposées à des risques élevés de mortalité sont amenées à affronter des savoirs douloureux tout en étant aussi confrontées à la nécessité de nouveaux

apprentissages existentiels et comportementaux. Plusieurs questions ont émané des expériences qu'elle a cumulées et des recherches qu'elle a menées. Par exemple : L'échec thérapeutique du patient est-il lié à l'inadéquation des modalités relationnelles en jeu dans l'organisation des soins et les modalités de prescription médicale ? Existe-t-il des pratiques d'accompagnement reconnues pour leur efficacité dans les situations confrontant une personne à un changement de comportements pour des raisons de santé ? Quels sont les modèles d'intervention les plus appropriés pour mobiliser le désir et les capacités à effectuer des changements chez des personnes confrontées à une maladie grave ? À la suite de sa formation de niveau doctoral en recherche et en clinique, la seconde auteure a tenté de saisir depuis plus de vingt-cinq ans comment les grands débats actuels de société croisent le fer des pratiques d'intervention éducative dans divers champs de pratique éducative, notamment dans les pratiques d'accompagnement de populations dites « vulnérables », soit des populations à risque de désaffiliation, de personnes présentant des problèmes de toxicomanie et autres populations. Lancer des questions sur des recherches appliquées dans un contexte où la recherche empirique semble prendre de plus en plus d'essor en France apparaissait à cette dernière des plus importantes. Comment dès lors faire progresser les savoirs en Éducation et Santé sans qu'ils soient cantonnés à des savoirs utilitaires, voire idéologiques des décideurs ? Quels défis auront à relever les scientifiques au regard de ces savoirs ? Quelles sont les retombées sociales qu'auront ces savoirs et comment faire en sorte qu'ils soient réappropriés par les soignants et les soignés ?

À l'heure où les bonnes pratiques (*best practices*) sont de plus en plus invoquées, on observe une tendance à devoir choisir des pratiques d'intervention reposant sur des critères explicites ou sur des preuves d'efficacité documentée. Sans faire une présentation des matrices intellectuelles et conceptuelles de l'éducation, de l'accompagnement et du soin, nous soulèverons dans cette communication des questions sur les fondements théoriques de l'EM en tentant de faire les liens entre cette approche, ses méthodes d'application et le développement des compétences relationnelles des soignants.

1.1 L'Entretien Motivationnel (EM)

L'Entretien Motivationnel (EM), d'abord développé en addictologie, fait dorénavant partie des pratiques en plein essor dans les programmes d'éducation en direction des patients atteints de maladies chroniques pour lesquels l'atteinte des objectifs thérapeutiques nécessite de leur part des changements difficiles à initialiser et à maintenir dans le temps. L'EM, une forme d'entretien guidé visant à aider une personne à développer sa motivation au changement face à des comportements, a été élaboré initialement par W.R. Miller en 1983. Plusieurs cliniciens et chercheurs (Rollnick, Moyers, Prochaska, Deci, Ryan pour ne nommer que ceux-là) ont par la suite contribué à l'évolution de cette approche et méthode d'intervention.

Le côté innovant de Miller a été de proposer une forme d'intervention brève qui se démarque des pratiques en cours en addictologie dans les années 80 aux États-Unis. En effet, Miller s'oppose aux techniques de confrontation utilisées qui visent à obliger la personne à reconnaître d'abord son comportement problématique avant de lui proposer un traitement. Il s'appuie plutôt sur l'approche prônée par Rogers et son style d'intervention et de communication avec le « client » en termes d'attitudes et d'écoute. Il insiste particulièrement sur deux points dans l'élaboration de sa méthode : l'importance des attitudes du thérapeute comme l'empathie et la priorité donnée à la personne, renonçant ainsi à se polariser sur le comportement déviant ou la pathologie. Cependant, bien qu'il préconise des attitudes et des méthodes d'intervention humanistes, de type rogérianne, il s'en distancie en mettant l'accent sur l'importance à déclencher et à reprendre la formulation de déclarations auto-motivationnelles du « client » tout au long de l'entretien dans la mesure où il voit ces déclarations du client comme des éléments prédictifs du changement. Par exemple, si dans une approche rogérianne l'aidant adopte une attitude empathique en montrant de diverses manières sa compréhension du monde émotionnel de la personne, l'aidant chez Miller reprendra, de façon ciblée les segments d'entretien

produits par la personne en reformulant essentiellement les énoncés dans lesquels la personne formule « un discours changement ». Il appuie tout autant aussi son approche sur la qualité de l'interaction entre le thérapeute et le « client » et l'impact de l'attitude et des comportements du thérapeute sur la motivation de la personne à effectuer un changement (Emmons et Rollnick, 2001).

En résumé, l'emphase est mise par Miller sur l'interaction conseiller-client, la création d'un climat empathique et l'usage de trois techniques majeures (1) l'exploration et la résolution de l'ambivalence (2) l'expression directe à la personne d'une croyance dans ses capacités à définir elle-même ses priorités, (3) la facilitation, le repérage et le renforcement des déclarations auto-motivationnelles de changement. En cela Miller explicite ce qu'il appelle les mécanismes psychologiques du changement qui peuvent se résumer ainsi: une personne exprime d'abord ce qu'elle aimerait faire (désir) pourquoi elle le ferait (raisons), comment elle pourrait le faire (capacités), et combien c'est important pour elle de le faire (besoin). Chaque fois que le thérapeute favorise l'expression des désirs, raisons, capacités et besoins de changer propres à la personne, il facilite son engagement car parce qu'il est sien, qu'il est désiré, important à ses yeux, possible et qu'elle se sent capable de s'y engager. La méthode de Miller repose sur un accompagnement approprié de la personne en fonction non du changement à atteindre mais des oscillations de la personne vis-à-vis de sa motivation et de son degré d'auto-détermination qui comportent des éléments extrinsèques et intrinsèques.

1.2 L'efficacité de l'EM

Plusieurs études scientifiques ont tenté de démontrer l'efficacité de l'EM en termes de modifications de comportements chez des publics hétérogènes mais ayant en commun d'être confrontés à des changements difficiles à effectuer ou à des comportements problématiques. Depuis le début des années 2000, on a assisté à une augmentation exponentielle du nombre d'études d'efficacité de l'EM. La quatrième méta analyse a été effectuée par Lundahl et Burke (2009) qui a inventorié 119 études sélectionnées en fonction de certains critères. Par exemple, pour être retenues, ces recherches doivent avoir isolé la contribution de l'EM des autres sources de biais, par l'utilisation d'un groupe contrôle ou d'un groupe de comparaison par exemple. Partant de ce choix méthodologique, ces auteurs ont analysé la magnitude en termes statistiques de l'efficacité de l'EM (par exemple le nombre des changements observés dans le groupe EM versus le groupe contrôle allant de 0,20 changements limités, à 0,80 changements plus marqués). Ils en sont venus à la conclusion que l'EM est de 10 à 20 % plus efficace que l'absence de toute intervention, mais qu'il est généralement égal à d'autres approches jugées valables dans les addictions, bien que l'approche de l'EM soit de plus courte durée. Dans les addictions, les résultats de l'entretien motivationnel sont supérieurs s'ils sont associés à la délivrance aux patients d'outils d'auto-mesure de leur consommation. Bien que peu nombreuses encore, les recherches sélectionnées, selon les critères mentionnés précédemment, ayant évalué des changements de comportements recommandés à des fins de santé, tels que l'augmentation de la pratique d'une activité physique modérée ou l'adoption de modification dans les habitudes alimentaires, ont toutes affiché des résultats positifs.

Les études réalisées sur la mesure du degré d'engagement de la personne face à un traitement affichent des résultats similaires à ceux notés précédemment, à savoir que l'engagement est de 5 % à 15 % plus élevé chez les groupes qui ont bénéficié de l'EM si on les compare à ceux qui n'ont bénéficié d'aucune intervention. Ainsi, à la lumière des résultats de ces quatre méta-analyses, il est possible d'affirmer que l'EM est à même de procurer une amélioration d'au moins 10 % supérieure comparé à une intervention faible ou à l'absence de toute intervention. L'EM est au moins équivalent en termes d'efficacité à une autre forme d'intervention et ceci en moins de temps (ceci reste à être précisé suivant les problématiques et les populations à l'étude). Finalement, les effets de l'EM pourraient être potentialisés lorsqu'il est offert en prélude ou en complément à d'autres formes d'intervention plus longues en complémentarité ou non de traitements médicamenteux.

Si les résultats des études peuvent différer selon les méta-analyses quant au maintien de ces gains dans le temps, Ludhal et son collaborateur en arrivent à la conclusion que les gains de l'EM se maintiennent de 4 à 12 mois, résultat de 14 % plus élevé que celui noté dans les groupes de comparaison. Il semblerait également que le nombre de sessions délivrées au patient compte pour au moins un quart de la variance dans les résultats des études (Burke, 2003), bien que l'effet dose soit encore méconnu. Quant à la modalité d'intervention, elle militerait en faveur de l'individuel plutôt que la modalité groupale ; fait non surprenant lorsque l'on sait que l'EM fonde son approche sur l'alliance thérapeutique et la centration sur les capacités potentielles de la personne, deux composantes d'intervention moins facilement transférables en groupe à cause de la dynamique et des processus groupaux. Mais la question de la modalité ne peut à elle seule expliquer le changement si elle n'est pas accompagnée de certaines conditions. Bien qu'une méta-analyse ne puisse déceler finement toutes les conditions optimales d'apprentissage de l'EM, notamment les qualifications et les expériences de praticiens avant l'apprentissage de l'EM, Ludhal et Burke n'ont pas observé de différence d'apprentissage de l'EM en fonction de la discipline universitaire et du niveau de scolarité des personnes formées à l'EM. C'est plutôt la manière dont la formation en EM est offerte et le suivi qui est réalisé après la formation initiale qui assureraient une plus grande versatilité dans l'utilisation de l'EM et une meilleure efficacité de celui-ci. Plus précisément, la formation initiale doit être offerte en ateliers de travail de deux jours sous une forme interactive à l'aide d'exemples cliniques ; les objectifs de cette formation sont de permettre aux personnes en formation d'acquérir les connaissances (plus spécifiquement celles des cinq premiers stades) et les attitudes de l'EM, en plus de leur offrir, par l'expérimentation en groupe, un niveau de confiance suffisant à son application dans les milieux de pratique. Si cette formation offre les meilleures conditions d'apprentissage de l'EM, elle n'en garantit pas pour autant la pérennité si elle n'est pas assortie d'un suivi sous forme de supervision ou de guidance (ou coaching) dans la poursuite des apprentissages acquis à la phase initiale (Miller, Yahne, Moyers Martinez et Pirritano, 2004 ; Forsberg, Berman, Källmén, Hermansson et Helgason, 2008). Mais si l'entretien motivationnel, en plein essor, a démontré son efficacité en termes d'effets thérapeutiques, il est fondamental de poursuivre les recherches, encore peu nombreuses, afin de s'assurer que les soignants possèdent les compétences pour pouvoir le pratiquer, de manière à relier l'efficacité de ce modèle d'intervention théoriquement fondé aux compétences de ceux qui le pratiquent.

L'objectif général de cette étude est d'évaluer chez des soignants les effets de la formation à l'Entretien Motivationnel. Au regard de cet objectif, et conformément aux résultats de recherche obtenus sur l'effet de cette formation, nous nous attendons à observer une amélioration des compétences des soignants après leur formation à l'EM. L'analyse des scores composites du MITI 3,0 avant et après la formation servira à vérifier cette hypothèse. Les dimensions exclues du score composite, telles que l'empathie et la direction seront aussi prises en compte dans l'analyse. Le score du sous-domaine, *question ouverte* (ratio des questions ouvertes sur l'ensemble des questions posées) est celui qui est à même de subir la plus grande variation considérant que ce dernier a été identifié dans la littérature comme étant le plus sensible au changement lorsque l'échantillon est constitué de personnes débutant dans cette approche d'intervention. Enfin, nous chercherons à contrôler l'effet modérateur des caractéristiques individuelles des participantes et participants (leur expérience professionnelle, leur genre, leur formation), en postulant que ces variables pourraient avoir un effet sur les résultats obtenus. Cette étude s'inscrit dans un projet de recherche plus vaste dans la mesure où cette première étude sera suivie par une deuxième étude d'analyse et de suivi d'implantation de l'EM et enfin d'une évaluation et une mesure des effets de l'EM chez les patients.

2. Méthodologie

2.1 Description des participants

L'action a été réalisée dans deux réseaux diabète-obésité l'un à Lille (RDO) et l'autre à Béthune (PREVART). Les participants à la formation à l'entretien motivationnel ont tous été informés sur le programme et les contenus de cette formation. Ils ont tous reçu une fiche de consentement stipulant qu'ils allaient participer à une étude portant sur les effets de cette formation sur leur pratique. Une fiche de consentement éclairé, un questionnaire sociodémographique et une fiche d'information sur le déroulement de l'action ont été envoyés à chaque participant au moment du recrutement pour la formation. La condition pour pouvoir participer à la formation était qu'ils devaient auto-enregistrer un entretien avant la formation avec un de leurs patients et un après la formation sachant qu'avant d'auto-enregistrer leur entretien, ils devaient demander au patient son accord et lui faire signer une fiche de consentement éclairé. Le recrutement des participants a donné lieu à une consigne rédigée par l'équipe de recherche. Les participants retenus pour la présente communication avaient les caractéristiques suivantes : 21 femmes et 4 hommes. On compte parmi eux 4 infirmières, 6 diététiciennes, 6 médecins, 2 éducateurs médico-sportifs, et 7 autres professionnels de santé. La moyenne d'âge était de 38.8 ans, leur nombre moyen d'années d'expérience auprès de patients diabétiques était de 9.6 ans.

2.2 Description de la formation délivrée

L'apprentissage de l'Entretien Motivationnel est un processus complexe et les auteurs de cette approche et méthode (Miller et Moyers, 2006) ont identifié 8 étapes spécifiques dans son apprentissage allant de la compréhension de sa philosophie à l'intégration et l'articulation de cette méthode avec d'autres approches théoriques.

La première étape de formation recommandée commence par une familiarisation des stagiaires avec les fondements de l'approche qui comprend trois principes (collaboration-évocation-et autonomie). La deuxième étape concerne la maîtrise des techniques de base du counseling (usage de questions ouvertes, technique du reflet et usage de la synthèse). La troisième étape et en cela l'apprentissage de l'entretien motivationnel diffère du counseling rogérien consiste pour les stagiaires à reconnaître les déclarations auto-motivationnelles de la personne et renforcer son « discours-changement ». Les stagiaires doivent apprendre à reconnaître quand une personne verbalise les raisons du changement, ses désirs et les bénéfices qu'elle en attend. La quatrième étape consiste à entraîner les stagiaires à refléter les mouvements de changement chez la personne et les mettre en évidence. La cinquième étape consiste à apprendre aux stagiaires à trouver la bonne façon d'interagir sans jamais utiliser la confrontation ou l'argumentation. À ce stade les stagiaires doivent avoir appris à repérer leurs modes d'interaction et être capables de rouler avec la résistance et l'apprivoiser comme une composante naturelle du changement. La résistance est un atout majeur pour entamer le changement. Une fois arrivés à cette étape, les stagiaires sont en droit de se demander : qu'est ce qu'on fait après que la personne a pris conscience qu'elle formulait elle-même ses propres discours de changement ? En fait la sixième étape consiste à voir comment on envisage la transition vers l'action avec une personne sans ré-imposer à nouveau des objectifs d'action qui ne sont pas les siens. La septième étape consiste à enseigner aux stagiaires comment l'aider à explorer ses besoins, valeurs et priorités ultimes. Enfin la huitième étape consiste à évaluer si l'entretien motivationnel est vraiment adapté et bénéfique pour la personne. En effet dans certains cas, si par exemple la personne est vraiment prête à l'action, la faire passer par toutes les étapes stratégiques utiles lorsque la personne est encore dans l'ambivalence ou une intention contradictoire risque d'étouffer son désir de changement. Il existe une littérature assez conséquente sur la formation à l'entretien motivationnel. Il est intéressant de voir qu'en prenant les 8 étapes incontournables d'une formation à l'entretien motivationnel, on observe que certaines étapes sont plus enseignées et que la plupart du temps les deux dernières étapes sont omises. La plupart des auteurs ne décrivent pas en détail les programmes de formation utilisés dans les essais d'évaluation. Pour les besoins de notre étude, nous avons tenté de respecter des normes de standardisation en préparant des activités de formation répondant à chaque étape recommandée par Miller et Moyers. La formation a été réalisée en septembre et octobre 2009 par des professionnelles ayant une pratique de l'entretien clinique de type rogérien et millérien et aussi une longue expérience de formation des

professionnels de santé à la conduite de l'entretien d'aide et de changement dans le domaine des maladies chroniques dans la mesure où la prévention de leurs complications dépend des capacités du patient à réaliser des changements difficiles à initialiser et à maintenir dans la durée.

2.3. Codage

Le codage a été effectué par cinq personnes, toutes de sexe féminin. Une codeuse est docteure en Sciences de l'Éducation, chercheuse universitaire et assure des formations à l'EM, une autre a un DEA en Sciences de l'Éducation et assure des formations à l'EM, une autre a une maîtrise en psychologie du développement et a travaillé pendant 6 mois à la revue de la littérature sur l'EM, une est infirmière et elle a un Master en Éducation Thérapeutique et une pratique de l'entretien d'aide à l'observance, la dernière est médecin et a un Master en Éducation Thérapeutique.

Les codeuses ont reçu une formation de 15 heures délivrée par 2 experts cliniciens-chercheurs (J. Gaumes et C. Fortini), exerçant au CHUV de Lausanne, formateurs à l'entretien motivationnel. Ils ont traduit, adapté et validé l'outil en français. À l'issue de cette formation les codeuses ont travaillé par petits groupes, pour perfectionner et harmoniser leur pratique de codage. En moyenne chaque codeuse s'est entraînée 10 h. Chaque réunion d'entraînement de codage a donné lieu à un compte rendu écrit adressé à toutes, soulevant des questions et aboutissant à des réponses consensuelles, pour harmoniser leur pratique et améliorer le degré d'adhérence par rapport au manuel MITI. Aucun enregistrement faisant partie de la recherche n'a été utilisé lors de ces entraînements.

Le principe du double codage a été retenu dans cette étude sans que les codeuses sachent à quel binôme elles appartenaient et sans qu'elles soient informées du moment d'enregistrement (avant ou après formation). Le repérage de concordance a été effectué en premier lieu par une troisième personne à partir de la confrontation manuelle des résultats d'analyse des entretiens qui se présentaient par segments. En cas de discordance, le binôme concerné était invité à comparer, discuter et corriger le cas échéant les codes attribués. En cas de discordance persistante, au-delà de 10 % de marge d'erreurs, une troisième "codeuse" a fait un nouveau codage.

Le choix des segments (dès que l'interlocuteur change dans l'entretien, un nouveau segment est constitué, quelle qu'en soit l'ampleur ; il peut s'agir d'un simple o.k. ou d'une réponse beaucoup plus longue) est fait de la manière suivante. Tout d'abord une première sélection des entretiens est effectuée. Afin d'être conservé pour le codage, chacun des entretiens doit avoir une durée de plus de 12 minutes autant en préformation qu'en post-formation. Dans le cas des entretiens dont la durée se situe entre 12 et 20 minutes, c'est la totalité de l'entretien qui est codée. Quant aux entretiens qui excèdent 20 minutes, une fenêtre de 20 minutes consécutives débutant à un moment choisi de manière aléatoire par le statisticien est retenue pour le codage. De cette manière, le codage est tout autant représentatif du début que de la fin des entretiens. Ce choix de méthode a été documenté par Amrhein, Miller, Yahne, Palmer et Fulcher, 2003 et Moyers, et coll. (2005) puisque ces auteurs ont remarqué que le fait de choisir les 20 premières minutes des entretiens pouvait faire en sorte de sous-estimer les changements qui pourraient se produire à d'autres moments de la session. Cette approche est conforme à celle suggérée par les auteurs cités précédemment, sauf pour le seuil qui a été déplacé de 20 à 12 minutes, décision motivée en partie par la nature des entretiens. Au total, 25 paires d'entretiens ont été conservées pour la présente étude dont la durée médiane était de 30 minutes en prétest et 34 minutes au post-test.

2.4 Description de MITI version 3,0

S'agissant de vérifier jusqu'à quel point une formation à l'EM peut améliorer les compétences d'intervention des soignants, il s'est avéré important dans cette étude de choisir un outil dont les qualités psychométriques étaient reconnues et dont le mode de codage laissait le moins de place possible à l'arbitraire.

Le MITI, version 3,0, est un outil de mesure possédant de bonnes qualités psychométriques. Dans une étude récente, Forsberg, Berman, Källmen, Hermansson, Helgason, 2008 a d'ailleurs démontré que la version 3,0 du MITI possède une meilleure consistance interne (reliability) que la version précédente (2,0) en raison particulièrement d'une meilleure sensibilité reliée aux domaines de l'empathie et de l'esprit de l'EM. Cette version possède de surcroît une bonne validité discriminante et de construit. Fait non négligeable, le MITI 3,0 est aussi plus simple d'utilisation puisque le manuel d'utilisation du codage a été bonifié par des commentaires relatifs à chacune des variables scrutées. C'est cette dernière version traduite en français qui a été utilisée pour coder les segments d'entretiens retenus dans le cadre de cette étude. La version française du MITI 3,0 (Moyers, Martin, Manuel, Hendrickson et Miller, 2005) validée par l'équipe du CHUV de Lausanne est le seul outil de mesure traduit en français, disponible et reconnu pour ses propriétés psychométriques (Gaume 2009).

Le MITI 3,0 comporte deux grands domaines. Le premier est composé de cinq dimensions : évocation, collaboration, autonomie-soutien, direction et empathie. Le second s'attarde à des comportements plus ciblés des cliniciens : questions, reflets et adhérence à l'EM. Initialement, un score doit être attribué à chacune des cinq dimensions et un autre doit l'être pour chacun des trois comportements. Le score global des cinq dimensions doit refléter pour sa part l'impression générale du codeur quant à l'aptitude de l'intervenant à atteindre le but mesuré par chacune des dimensions. Il s'agit en somme pour la personne qui effectue le codage de faire une appréciation globale d'une dimension, nommée quelque fois une « gestalt », en prenant en considération simultanément plusieurs éléments distincts pour les situer dans un tout. Les scores globaux sont attribués sur une échelle de Likert à 5 points dont le point central est le 3 à partir duquel le codeur doit se positionner pour attribuer un score. Quant au score des comportements, il doit de prime abord tout simplement indiquer le décompte des comportements (par exemple, le nombre de questions ouvertes ou de reflets complexes et ainsi de suite). Ainsi, le codeur n'a pas à juger de la qualité ou de l'adéquation générale de la séquence comme dans le cas du score global, mais doit simplement identifier et compter les comportements. Cinq scores composites du MITI sont par la suite attribués à chacun des participants (voir Tableau 1).

Score d'Esprit Global = (Évocation + Collaboration + Autonomie Soutien)/3
Rapport Reflets/Questions (Total R/Total Q) = Reflets totaux/(QO + QF)
% Questions Ouvertes (% QO) = QO/(QO + QF)
% Reflets Complexes (% RC) = RC/Reflets totaux
% Adhérence à l'EM (% Adh. EM) = Adh/Adh + Non Adh

Tableau 1: Calcul des scores composites du MITI 3,0

2.5 Analyses

Nous avons utilisé deux techniques pour réaliser la phase préliminaire d'analyse des données. L'analyse des différences entre les scores avant et après la formation a été faite à l'aide du test-t de Student pour échantillons pairés. L'influence des variables médiatrices sur les résultats (sexe, niveau d'études et profession des soignants) a pour sa part été mesurée à l'aide d'une analyse de variance à mesures répétées comprenant un facteur inter- (la variable médiatrice contrôlée) et un facteur intra- (la mesure avant vs après formation). Les analyses statistiques furent effectuées à l'aide du logiciel SAS (version 9.2).

3. Résultats et Discussion

Certains résultats préliminaires sont rapportés au Tableau 2. La formation semble avoir favorisé une amélioration des compétences des soignants sur deux des sept indicateurs évalués. Tout d'abord, la moyenne du **score d'Esprit Global** a varié de 3,0 à 3,6 entre les deux temps de mesure ($t = 3,50$, $p < ,01$). La moyenne du **score composite Reflets vs Questions** a augmenté de 0,6 à 1,0 au cours de la même période ($t = 3,79$, $p < ,01$). Rappelons par ailleurs que la seconde mesure a eu lieu en moyenne 4 semaines après la formation et non immédiatement après cette dernière, ce qui donne déjà une certaine indication du maintien des compétences développées au fil des semaines. Ainsi, on peut affirmer qu'un bon nombre de soignants ayant participé à cette étude ont fait des gains en formulant davantage de reflets que de questions dans leurs entretiens au T2. Ils ont aussi amélioré leur compétence suivant l'esprit de l'EM en encourageant davantage le soutien, l'autonomie, en permettant aux patients une meilleure évocation de leurs problèmes et en favorisant une meilleure collaboration de ces derniers dans le processus de changement. La proportion de questions ouvertes de même que les reflets complexes n'ont pour leur part pas changé significativement entre les deux temps de mesure, résultats non surprenants chez des professionnels débutants.

Indicateur	Préformation		Post-formation		Test-t pré-post (sig.)
	Moyenne	E.t.	Moyenne	E.t.	
Moyenne - Esprit Global	3,0	1,1	3,6	0,9	3,50 (<,01)
Direction	4,8	0,4	4,4	0,7	-2,32 (<,05)
Empathie	3,1	1,1	3,6	1,1	1,80 (ns)
Comportements - pourcentage adhérence	73,7	36,1	77,7	31,9	0,30 (ns)
Comportements - pourcentage questions ouvertes	20,5	13,4	28,2	16,7	1,58 (ns)
Comportements - pourcentage reflets complexes	10,7	10,2	13,6	12,8	0,79 (ns)
Comportements - proportion reflets vs questions	0,6	0,4	1,0	0,8	3,79 (<,01)

Tableau 2: Comparaison entre les scores pré- et post-formation ($n = 22$)

La moyenne du **score Direction** a décliné de 4,8 à 4,4 durant la même période ($t = -2,32$, $p < ,05$). Une baisse dans le score de direction pourrait laisser penser que le fait que les participants sont aux prises avec l'atteinte de leurs propres objectifs en termes d'apprentissage ait un impact négatif sur leurs capacités à diriger l'entretien. On pourrait tout autant considérer que les participants sont traversés par un conflit de positionnement ou d'attitudes attribuable à un effet post-formatif. Ils améliorent leur score de collaboration, soutiennent et valorisent plus leurs patients mais en retour ils parviennent plus difficilement à diriger l'entretien et à le maintenir centré sur le comportement cible. La compétence du soignant consiste alors à canaliser le discours du patient tout en maintenant une qualité de relation dans l'ouverture et la confiance. Le passage par un flottement est peut-être nécessaire si l'on considère que dans l'approche de Miller, le fait de regrouper à la fois une attitude d'empathie, l'endossement d'une posture partenariale et collaborative avec le patient est une pratique complexe qui tend à réduire la posture autoritaire et donc par là même peut avoir un impact

négatif sur les capacités de direction d'un entretien dans une culture médicale où empathie et direction relèvent de paradigmes opposés.

Finalement, l'empathie ne semble pas avoir progressé pour la plupart des participants à l'étude, un résultat qui mérite une attention particulière tant du point de vue psychométrique que clinique.

Globalement, les variables médiatrices (sexe, âge, niveau d'étude et formation initiale) ne modifient pas les résultats observés quant à l'effet de la formation de l'EM sur les scores composites. La seule dimension qui s'en trouve modifiée est le score composite Reflets vs Questions, qui est influencé par la profession. On observe que les médecins, pharmaciens, infirmières et diététiciennes, qui obtenaient un score semblable aux autres intervenants (psychologue, éducatrice médico-sportive, podologue et autres professionnels) sur cette variable au moment du temps 1, ont moins amélioré leur moyenne au Temps 2 que les autres intervenants ($F_{3,17} = 2,99, p < ,05$) ; la proportion de reflets sur l'ensemble des questions posées semble alors avoir moins progressé chez ces professionnels. Ce résultat est-il attribuable aux particularités associées à ces professionnels ou au contexte de l'entretien ? La plus grande proportion de questions fermées formulées par ces professionnels est une question qui mériterait d'être mieux documentée. L'analyse de l'usage de certaines techniques et notamment la question fermée semble dépendre du contexte de l'entretien. En ce sens il est notable que le modèle de l'entretien médical qui nécessite une évaluation initiale concourt à un usage plus important de questions fermées, il en est de même au cours de certaines séances de diététique. D'autres pistes de recherche concernant le contexte de la pratique de l'Entretien Motivationnel dans un réseau doivent être poursuivies. Dans la mesure où la compétence est à considérer comme un processus et que l'outil utilisé dans cette étude évalue des compétences explicites et pré définies sans pouvoir prendre en compte des compétences moins explicitables comme celles qui se mobilisent seulement dans certaines situations, nous pouvons souligner l'intérêt à poursuivre cette étude en augmentant le nombre d'entretiens auto-enregistrés. Il serait aussi intéressant dans le cadre d'une approche clinique de la formation d'essayer de saisir à quel moment les participants sont en train de tenter d'incorporer de nouvelles techniques dans leur pratique d'entretien et à quel autre moment ils sont en train d'utiliser ces mêmes techniques au service d'un autre objectif en lien avec les contenus de l'entretien. L'équipe de recherche dispose d'un matériel clinique brut à partir duquel les chercheurs vont pouvoir effectuer dans un deuxième temps des analyses et des requêtes afin d'exploiter la grande richesse de ce matériel.

Cette étude présente une haute pertinence en santé publique dans la mesure où la population diabétique est confrontée à un cumul de changements problématiques à réaliser qui l'expose à des échecs répétés ayant un impact négatif direct sur leur état de santé et sur leur motivation au soin.

4. Bibliographie

- Amrhein, P.C. (2004). How does motivational interviewing work ? What client talk reveals ? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18 (4), 323-336.
- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 862-878.
- Baer, J. S., Rosengren, D. B., Dunn, C. W., Wells, E. A., Ogle, R. L., & Hartzler, B. (2004). An evaluation of workshop training in motivational interviewing for addiction and mental health clinicians. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 99-10
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing : A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843-861.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1991). A motivation approach to self : Integration in personality. Dans R. Dienstbier (Dir.), *Nebraska Symposium on Motivation : Vol. 38. Perspectives on motivation* (pp. 237-288). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology, 49*(1), 14-23.
- Emmons, K.M. & Rollnick, S. (2001). Motivational interviewing in Health Care Settings: opportunities and limitations, *Am J Prev Med, 20*(1), 68–74.
- Forsberg L., Berman A.H., Kallmen, H., Hermansson, U., & Helgason, A. R. (2008). A Test of the Validity of the Motivational Interviewing Treatment Integrity Code. *Cognitive Behavior Therapy; 37*(3), 183-191.
- Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M. & Daepfen, J.B. (2009). Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions. *Journal of substance abuse treatment, 37*(2), 151-159.
- Lundahl, B.W., & Burke, B.L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses, *Journal of Clinical Psychology, 65*(11), 1232–1245.
- Madson, M. B., & Campbell, T. C. (2008). Measures of fidelity in motivational enhancement: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*(1), 67–73.
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2006). Eight Stages in Learning Motivational Interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions, 5*(1), 3-18.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W.R. & Rose, G.S. (2009). Toward a Theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist, 64*(6), 527-537.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(6), 1050–1062.
- Moyers, T.B. & Martin, T. (2006). Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *Journal of Substance Abuse Treatment, 30*(3), 245-251.
- Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M. L., & Miller, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*(1), 19–26.
- Moyers, T.B., Martin, T., Manuel, J.K., Miller, W.R., & Ernst, D.E. (2007). The Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) Code 3.0. *Unpublished coding manual*. University of New Mexico, Center on Alcoholism, Substance Abuse, & Addiction.
- Moyers, T. B., Miller, W. R. & Hendrickson, S. M. (2005) How does motivational interviewing work ? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 590–598.
- Tourette-Turgis, C. (1996). *Le counseling, théorie et pratique*, QSJ N° 3133, Paris : Presses Universitaires de France.
- Tourette-Turgis, C., Isnard-Bagnis, C., Pereira-Paulo, L. (2009). *L'éducation thérapeutique en néphrologie, le soignant-pédagogue*, Paris : Comment Dire, 172 pages.

Cette action a été réalisée grâce au soutien financier de la caisse régionale d'assurance maladie Nord- Pas de Calais- Picardie (CRAM NPDC) et l'Assurance Maladie Nord Pas de Calais. Nous remercions Isabelle Tétar, Christine Lemaire, Jean Hardy, Philippe Delmas, Maryline Rébillon, Lennize Pereira-Paulo, Mélanie Tocqueville, Marie- Annie Le Mouel, Marie-Pierre Fernandez, Emmanuelle Bordes, et tous les professionnels du réseau.